



TRI COUNTY MANUAL PARA MIEMBROS

SPANISH



1-877-600-5472

(TTY 711)

1 de enero de 2025

[TrilliumOHP.com](https://www.TrilliumOHP.com)

Actualizaciones del Manual

A los afiliados nuevos y antiguos se les envía por correo un manual cuando se inscriben en Trillium Community Health Plan. Puede encontrar el manual más actualizado aquí: <https://www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/handbooks-forms.html>.

Si necesita ayuda o tiene alguna pregunta sobre el manual, llame a Servicio al Cliente al 1-877-600-5472.

Ayúdenos a mejorar este manual

¡OHP quiere saber sobre usted! Queremos asegurarnos de que tenga la información que necesita. Sus comentarios pueden ayudar a Trillium Community Health Plan y a OHP a mejorar los manuales del afiliado.

¡Realice la encuesta del manual! Escanee el código QR o visite www.surveymonkey.com/r/tellOHP para responder algunas preguntas.



ESCANEAR PARA
VER ENCUESTA

Primeros pasos

Le enviaremos una encuesta de salud para ayudar a Trillium Community Health Plan a saber qué apoyo necesita. Le preguntaremos sobre sus necesidades de salud física, del comportamiento, dental y social. Para obtener más información sobre esta encuesta, vaya a la sección “Encuesta sobre su salud”.

Complete y devuelva su encuesta de cualquiera de estas maneras:

- Teléfono: 1-877-600-5472
- Correo: Trillium Community Health Plan
PO Box 11740
Eugene, OR 97440-9938
- Sitio web: <https://www.trilliumohp.com/login.html>

Consejos útiles:

Algunas preguntas han sido respondidas o se pueden hacer aquí <https://www.oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/client-questions.aspx>.

Si está buscando:

- Sus derechos y responsabilidades. Vaya a la página [23](#).
- Proveedores de atención primaria. Vaya a la página [32](#).
- Coordinación de la atención. Vaya a la página [39](#).
- Beneficios. Vaya a la página [42](#).
- Aprobaciones previas y remisiones. Vaya a la página [43](#).
- Cuánto tiempo se tarda en recibir atención. Vaya a la página [74](#).
- Traslados para recibir atención. Vaya a la página [83](#).
- Recetas médicas. Vaya a la página [91](#).
- Atención de emergencia. Vaya a la página [100](#).
- Quejas formales, quejas y apelaciones. Vaya a la página [126](#).
- Palabras para tener en cuenta. Vaya a la página [135](#).

Lleve siempre sus tarjetas de identificación de afiliado de OHP y Trillium Community Health Plan.

Nota: Estas llegarán por separado. Recibirá su tarjeta de identificación de OHP antes que la tarjeta de identificación de afiliado de Trillium Community Health Plan.

Encontrará la tarjeta de identificación de Trillium Community Health Plan en el paquete de bienvenida que viene con este manual del afiliado. En su tarjeta de identificación figura esta información:

- Su nombre
- Su número de identificación
- La información de su plan
- Nombre y número de teléfono de su proveedor de atención primaria
- Número de teléfono del Servicio al Cliente
- Número de teléfono de Acceso a Idiomas (intérprete)
- Número de teléfono de enfermería disponible las 24 horas

Mi proveedor de atención primaria es _____

Su número es _____

Mi dentista de atención primaria es _____

Su número es _____

Otros de mis proveedores son _____

Su número es _____

Mi transporte médico que no es de emergencia (traslado gratuito para recibir atención) es _____

Su número es _____

Ayuda gratis en otros idiomas y formatos

Toda persona tiene derecho a conocer los programas y servicios de Trillium Community Health Plan. Todos los afiliados tienen derecho a saber cómo usar nuestros programas y servicios.

Le ofrecemos estos tipos de ayuda gratis:

- Intérpretes de lengua de señas.
- Intérpretes de idiomas hablados calificados y certificados
- Materiales escritos en otros idiomas
- Braille
- Letra grande
- Audio y otros formatos

Puede obtener información en otro idioma o formato.

Usted o su representante pueden recibir materiales para afiliados como este manual o avisos de una Organización de atención coordinada (por sus siglas en inglés, CCO) en otros idiomas, en letra grande, Braille o en cualquier formato que prefiera.

Cada formato tiene la misma información. Recibirá los materiales en el plazo de 5 días a partir de la solicitud. Esta ayuda es gratuita. Estos son ejemplos de los materiales para afiliados:

- Este manual
- Lista de medicamentos cubiertos
- Lista de proveedores
- Cartas, como avisos de quejas, denegaciones y apelaciones

El hecho de que necesite otro formato o idioma no implica que se le denegarán o limitarán los beneficios o las quejas, apelaciones o audiencias.

Trillium Community Health Plan puede enviarle materiales por correo electrónico.

Puede solicitarlos llamándonos o enviando un mensaje en nuestro Portal en línea: www.trilliumghp.com/Login. Puede encontrar este manual del afiliado en nuestro sitio web en:

<https://www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/handbooks-forms.html>. Si necesita ayuda o tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente al 1-877-600-5472.

Puede tener un intérprete.

Usted, su representante, sus familiares y sus cuidadores pueden solicitar un intérprete de atención médica calificado o certificado. También puede solicitar intérpretes de lenguaje de señas y escritos o ayudas y servicios auxiliares. Estos servicios son gratuitos.

Informe al consultorio de su proveedor si necesita un intérprete en su consulta cuando programe el servicio.

Dígalos qué idioma o formato necesita. Obtenga más información sobre los intérpretes certificados en atención de salud en Oregon.gov/OHA/EI.

Si necesita ayuda, llámenos al 1-877-600-5472 o llame a Servicio al Cliente de OHP al 800-273-0557 (TTY 711).

Si no recibe la ayuda de interpretación que necesita de Trillium Community Health Plan, llame al coordinador del Programa de Servicios de Acceso a Idiomas del estado al 844-882-7889 (TTY 711), o envíe un correo electrónico a: LanguageAccess.Info@odhsoha.oregon.gov.

English

You can get this handbook in other languages, large print, Braille or a format you prefer. You can also ask for an interpreter. This help is free. Call 1-877-600-5472 or TTY 711. We accept relay calls.

-

You can get help from a certified and qualified health care interpreter.

Spanish

Puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, braille o en un formato que usted prefiera. También puede recibir los servicios de un intérprete. Esta ayuda es gratuita. Llame al servicio de atención al cliente 1-877-600-5472 o TTY 711.

Aceptamos todas las llamadas de retransmisión.

-

Usted puede obtener ayuda de un intérprete certificado y calificado en atención de salud.

Russian

Вы можете получить это документ на другом языке, напечатанное крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в предпочитаемом вами формате. Вы также можете запросить услуги переводчика. Эта помощь предоставляется бесплатно. Звоните по тел. 1-877-600-5472 или ТТУ 711. Мы принимаем звонки по линии трансляционной связи.

-

Вы можете получить помощь от аккредитованного и квалифицированного медицинского переводчика.

Vietnamese

Quý vị có thể nhận tài liệu này bằng một ngôn ngữ khác, theo định dạng chữ in lớn, chữ nổi Braille hoặc một định dạng khác theo ý muốn. Quý vị cũng có thể yêu cầu được thông dịch viên hỗ trợ. Sự trợ giúp này là miễn phí. Gọi 1-877-600-5472 hoặc TTY (Đường dây Dành cho Người Khiếm thính hoặc Khuyết tật về Phát âm) 711. Chúng tôi chấp nhận các cuộc gọi chuyển tiếp.

-

Quý vị có thể nhận được sự giúp đỡ từ một thông dịch viên có chứng nhận và đủ tiêu chuẩn chuyên về chăm sóc sức khỏe.

Arabic

بلغات أخرى، أو مطبوع عقب الخطب، أو مطبوعة علويثي قتيمنكم ال حصول على هذا طري قيقرايل أو حس للصي غة الفمضلة لديكم. كم اتيمنكم طي بمت رجش فهي. إن هذه أول مبولات كاتبة 711 نتسق بل 877-600-5472-ال مس اعدة حان ية انض لوعلى ال مكال م اتال م حولة.

يئمنكم ال حصول على ال مس اعدة من مترجم عتمد ومؤهلفي مج اللرع ايا لقص حية.

Somali

Waxaad heli kartaa warqadan oo ku qoran luqaddo kale, far waaweyn, farta dadka indhaha aan qabin wax ku akhriyaan ee Braille ama qaabka aad doorbidayso. Waxaad sidoo kale codsan kartaa turjubaan. Taageeradani waa lacag la'aan. Wac 1-877-600-5472 ama TTY 711. Waa aqbalnaa wicitaanada gudbinta.

Waxaad caawimaad ka heli kartaa turjubaanka daryeelka caafimaadka oo xirfad leh isla markaana la aqoonsan yahay.

Simplified Chinese

您可获取本文件的其他语言版、大字版、盲文版或您偏好的格式版本。您还可要求提供口译员服务。本帮助免费。致电 1-877-600-5472 或 TTY 711。我们会接听所有的转接来电。

您可以从经过认证且合格的医疗口语翻译人员那里获得帮助。

Traditional Chinese

您可獲得本信息函的其他語言版本、大字版、盲文版或您偏好的格式。您也可申請口譯員。以上協助均為免費。請致電 1-877-600-5472 或聽障專線 711。我們接受所有傳譯電話。

您可透過經認證的合格醫療保健口譯員取得協助。

Korean

이문서는 다른 언어, 큰 활자, 점자 또는 선호하는 형식으로 받아보실 수 있습니다. 통역사를 요청하실 수도 있습니다. 무료 지원해 드립니다. 1-877-600-5472 또는 TTY 711 에 전화하십시오. 저희는 중계 전화를 받습니다.

-

공인 및 자격을 갖춘 의료서비스 전문 통역사의 도움을 받으실 수 있습니다.

Chuukese

En mi tongeni angei ei taropwe non pwan ew fosun fenu, mese watte mak, Braille ika pwan ew format ke mwochen. En mi tongeni pwan tingor emon chon chiaku Ei aninis ese fokkun pwan kamo. Kokori 1-877-600-5472 ika TTY 711. Kich mi etiwa ekkewe keken relay.

-

En mi tongeni kopwe angei aninis seni emon mi certified ika qualified ren chon chiaku ren health care.

Ukrainian

Ви можете отримати цей довідник іншими мовами, крупним шрифтом, шрифтом Брайля або у форматі, якому ви надаєте перевагу. Ви також можете попросити надати послуги перекладача. Ця допомога є безкоштовною. Дзвоніть по номеру телефону 1-877-600-5472 або телетайпу 711. Ми приймаємо всі дзвінки, які на нас переводять.

-

Ви можете отримати допомогу від сертифікованого та кваліфікованого медичного перекладача.

Farsi

می‌توانید این نامه را به زبان‌های دیگر، درشت‌خط، بریل یا قالب ترجیحی دیگری دریافت کنید. می‌توانید مترجم شفاهی نیز درخواست کنید. این کمک رایگان است. با 1-800-677-5472 یا TTY 711 تماس بگیرید. تماس‌های رله را می‌پذیریم.

می‌توانید از یک مترجم شفاهی دارای گواهی و باکفایت در زمینه بهداشت و

Swahili

Unaweza kupata herufi hii kwa lugha zingine, kwa herufi kubwa, kwa lugha ya maandishi kwa vipofu au namna yeyote unayopendelea. Unaweza pia kuomba mkalimani. Msaada huu ni wa bure. Piga 1-877-600-5472 au TTY 711. Tunakubali simu za kupitisha ujumbe.

Unaweza pata usaidizi kutoka kwa mkalimani wa huduma ya afya aliyeidhinishwa na aliyehitimu.

Burmese

ဤစာကို အခြားဘာသာစကားများ၊ ပုံနှိပ်စာလုံးကြီး၊ မျက်မမြင်များအတွက် ဘရေးလ် သို့မဟုတ် သင်ပိုမိုနှစ်သက်သည့် ပုံစံဖြင့် ရယူနိုင်ပါသည်။ သင်သည် စကားပြန်တစ်ဦးလည်း တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။

ဤအကူအညီသည် အခမဲ့ဖြစ်ပါသည်။ 1-877-600-5472 သို့မဟုတ် 711 ကို ဖုန်းဆက်ပါ။ ထပ်ဆင့်ခေါ်ဆိုမှုများကို ကျွန်ုပ်တို့ လက်ခံပါသည်။

သင်သည် သင်တန်းဆင်းလက်မှတ်ရနှင့် အရည်အချင်းရှိသည့် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု စကားပြန်ထံမှလည်း အကူအညီရယူနိုင်ပါသည်။

Amharic

ይህንን ደብዳቤ በሌሎች ቋንቋዎች፣ በትልቅ ህትመት፣ በብሬይል ወይም እርሶ በሚመርጡት መልኩ ማግኘት ይችላሉ። በተጨማሪም አስተርጓሚ መጠየቅም ይችላሉ። ይህ ድጋፍ የሚሰጠው በነጻ ነው። ወደ 1-877-600-5472 ወይም TTY 711 ይደውሉ። የሪሌይ ጥሪዎችን እንቀበላለን።

-

ፍቃድ ካለው እና ብቃት ካለው የጤና እንክብካቤ አስተርጓሚ ድጋፍ ማግኘት ይችላሉ።

Romanian

Puteți obține această scrisoare în alte limbi, cu scris cu litere majuscule, în Braille sau într-un format preferat. De asemenea, puteți solicita un interpret. Aceste servicii de asistență sunt gratuite. Sunați la 1-877-600-5472 sau TTY 711. Acceptăm apeluri adaptate persoanelor surdomute.

-

Puteți obține ajutor din partea unui interpret de îngrijire medicală certificat și calificat.

Nuestra política de no discriminación

La discriminación es ilegal. Trillium Community Health Plan debe cumplir con las leyes de derechos civiles estatales y federales. No podemos tratar injustamente a las personas (afiliados o posibles afiliados) en ninguno de nuestros programas ni actividades por los siguientes motivos:

- Edad
- Discapacidad
- Nacionalidad, lengua materna y dominio del idioma inglés
- Raza
- Religión
- Color
- Sexo, características sexuales, orientación sexual, identidad de género o estereotipos sexuales
- Embarazo o afecciones relacionadas
- Estado de salud o necesidad de servicios

Si siente que fue tratado injustamente por alguno de los motivos anteriores, puede presentar una queja. Esto también se denomina queja formal.

Puede hacer (o presentar) una queja ante el coordinador de la sección 1557 de Trillium Community Health Plan de alguna de estas maneras:

- Teléfono: 1-855-577-8234, TTY 711
- Fax: 866-388-1769
- Correo: Trillium Community Health Plan
1557 Coordinador
PO Box 31384
Tampa, FL 33631
- Correo electrónico: SM_Section1557Coord@Centene.com
- Sitio web: <https://www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/for-members/member-satisfaction.html>

Puede leer nuestro proceso de quejas en la página [126](#).

Si tiene una discapacidad, Trillium Community Health Plan tiene estos tipos de ayuda gratuita:

- Intérpretes calificados de lenguaje de señas
- Información escrita en letra grande, audio u otros formatos
- Otras modificaciones razonables

Si necesita ayuda con el idioma, Trillium Community Health Plan tiene estos tipos de ayuda gratuita:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

¿Necesita ayuda para presentar una queja? ¿Necesita ayuda con el idioma o modificaciones razonables? Llame a Servicio al Cliente al 1-877-600-5472 o TTY 711 para hablar con un especialista en el bienestar de pares o un asesor de salud personal. También tiene derecho a presentar una queja ante cualquiera de estas organizaciones:

Oficina de Derechos Civiles de la Autoridad de Salud de Oregón (por sus siglas en inglés, OHA)

- Teléfono: 844-882-7889, TTY 711
- Sitio web: www.oregon.gov/OHA/EI
- Correo electrónico: OHA.PublicCivilRights@odhsoha.oregon.gov
- Correo: Office of Equity and Inclusion Division
421 SW Oak St., Suite 750
Portland, OR 97204

Bureau of Labor and Industries Civil Rights Division

- Teléfono: 971-673-0764 Sitio web: <https://www.oregon.gov/boli/civil-rights/>
- Correo electrónico: BOLI_help@boli.oregon.gov
- Correo: Bureau of Labor and Industries Civil Rights Division
800 NE Oregon St., Suite 1045
Portland, OR 97232

Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos (por sus siglas en inglés, OCR) de los Estados Unidos

- Sitio web: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>
- Teléfono: 800-368-1019, TDD: 800-537-7697
- Correo electrónico: OCRComplaint@hhs.gov
- Correo: Office for Civil Rights
200 Independence Ave. SW, Room 509F, HHH Bldg.
Washington, DC 20201

Conservamos la privacidad de su información

Solo compartimos sus expedientes con las personas que necesitan verlos. Esto podría ser por motivos de tratamiento o de pago. Usted puede restringir quién ve sus expedientes. Infórmenos por escrito si no desea que alguien los vea o si desea que los compartamos con alguien. Puede pedirnos una lista de las personas con quienes hemos compartido sus expedientes.

Para permitir que Trillium Community Health Plan comparta su información con un amigo o familiar, complete el formulario **Autorización para divulgar información médica protegida** y envíenoslo. Puede revocarlo en cualquier momento antes de que expire completando y enviándonos el formulario **Revocación de autorización para divulgar información médica protegida**. Para obtener una lista de las personas con quienes hemos compartido sus expedientes, complete y envíenos el formulario **Solicitud para acceder a (ver) los registros**.

Puede encontrar estos formularios en <https://www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/handbooks-forms.html>. Puede enviarlo por correo electrónico a ProtectMyInfo@TrilliumCHP.com o envíelo por correo a la siguiente dirección:

Trillium Community Health Plan
Attn: Privacidad
PO Box 11740
Eugene, OR 97440-9938

Una ley llamada Ley sobre Responsabilidad y Transferibilidad del Seguro de Salud (por sus siglas en inglés, HIPAA) protege sus expedientes médicos y los mantiene en privado. Esto también se llama confidencialidad. Tenemos un documento llamado Aviso de prácticas de privacidad, en el que se explica cómo usamos la información personal de nuestros afiliados. Se lo enviaremos si lo pide. Solo llame a Servicio al Cliente y solicite nuestro Aviso de prácticas de privacidad. También puede consultar este aviso en <https://www.trilliumohp.com/content/dam/centene/trillium/medicaid/pdfs/TCHP%20Notice%20of%20Privacy%20Practice.pdf.html>

Registros de salud

En un registro de salud se incluyen sus afecciones de salud y los servicios que se le brindaron. También aparecen las remisiones que se hicieron.

¿Qué puede hacer con los expedientes médicos?

- Pedir que se envíen a otro proveedor.
- Pedir que se corrijan.
- Obtener una copia, incluidos, entre otros:
 - Los expedientes médicos de su proveedor
 - Registros dentales de su proveedor de atención dental
 - Los expedientes de Trillium Community Health Plan

Es posible que se le cobre un monto razonable por una copia de los expedientes solicitados.

Puede haber ocasiones en que la ley restrinja el acceso.

Las notas de psicoterapia y los expedientes preparados para casos judiciales no se pueden compartir.

Los proveedores tampoco pueden compartir expedientes cuando, a su juicio profesional, compartir expedientes podría causarle un daño importante a usted o a otra persona.

Si un proveedor le deniega a usted o a su representante autorizado copias de sus expedientes médicos, el proveedor debe entregarle un aviso por escrito. El aviso debe explicar por qué se rechazó la solicitud y explicar sus derechos a que otro proveedor revise la denegación. El aviso también le indicará cómo presentar una queja ante el proveedor o la Secretaría de Salud y Servicios Humanos.

Contenido de este manual

Actualizaciones del Manual	1
<i>Ayúdenos a mejorar este manual</i>	1
Primeros pasos.....	1
Consejos útiles:	2
Ayuda gratis en otros idiomas y formatos.....	3
<i>Puede obtener información en otro idioma o formato</i>	3
<i>Puede tener un intérprete</i>	4
Nuestra política de no discriminación	10
Conservamos la privacidad de su información	12
Registros de salud	13
Bienvenido a Trillium Community Health Plan.....	17
<i>Cómo trabajan juntos el OHP y Trillium Community Health Plan</i>	17
Contáctenos	20
<i>Números de teléfono importantes</i>	21
<i>Comuníquese con Oregon Health Plan</i>	22
Sus derechos y responsabilidades	23
<i>Sus derechos como afiliado de OHP</i>	23
<i>Sus responsabilidades como afiliado de OHP</i>	28
Afiliados indígenas americanos y nativos de Alaska	31
Afiliados nuevos que necesitan servicios de inmediato	32
Proveedores de atención primaria (PCP)	32
<i>Cambio de PCP</i>	33
<i>Proveedores de la red</i>	33
<i>Directorio de proveedores</i>	34
<i>Programe una cita</i>	34
<i>Citas a las que no pueda asistir</i>	35
<i>Cambios en los proveedores de Trillium Community Health Plan</i>	35
Segundas opiniones	35
Dentista de atención primaria (PCD)	35
Encuesta sobre su salud	36
Afiliadas embarazadas	37
Es importante prevenir problemas de salud	38
Obtenga ayuda para organizar su atención con la coordinación de atención.....	39
Sus beneficios	42
<i>Cómo decide Oregon qué cubrirá OHP</i>	42
<i>Acceso directo</i>	43
<i>No se requiere remisión ni aprobación previa</i>	43
<i>Obtener una aprobación previa (a veces llamada “autorización previa”)</i>	43
<i>No se requiere aprobación previa para estos servicios</i>	44
<i>Remisiones de proveedores y autorremisiones</i>	45
<i>Servicios que requieren una remisión</i>	45
<i>Servicios a los que puede autorremitirse:</i>	46
<i>Leyenda de íconos de la tabla de beneficios</i>	46
<i>Beneficios de salud física</i>	47
<i>Beneficios de atención para la salud del comportamiento</i>	58
<i>Beneficios odontológicos</i>	61
<i>Veteranos y afiliados del programa odontológico del Tratado de Libre Asociación</i>	67
<i>OHP Bridge para adultos con ingresos más altos</i>	67
<i>Necesidades sociales relacionadas con la salud</i>	68

<i>En lugar de otros servicios (ILOS)</i>	69
<i>Servicios que OHP paga</i>	70
<i>Objeciones morales o religiosas</i>	71
Acceso a la atención que necesita	72
<i>Cuánto tiempo se tarda en recibir atención</i>	74
Beneficios integrales y preventivos para afiliados menores de 21 años.....	76
<i>EPSDT cubre lo siguiente:</i>	76
<i>Ayuda para obtener servicios de EPSDT</i>	77
<i>Evaluaciones de detección</i>	78
<i>Remisión, diagnóstico y tratamiento de EPSDT</i>	79
Trabajadores de salud tradicionales (THW)	80
<i>Información de contacto del THW intermediario:</i>	81
Servicios adicionales	81
<i>Servicios relacionados con la salud</i>	81
Transporte gratuito para recibir atención	83
<i>Para recibir el reembolso</i>	83
<i>Programe un traslado</i>	84
<i>Qué esperar cuando llame</i>	84
<i>Punto de recogida y destino</i>	85
<i>Tiene derechos y responsabilidades como conductor:</i>	86
<i>Sus responsabilidades son las siguientes</i>	86
<i>Cancelar o cambiar su traslado</i>	86
<i>Qué sucede cuando no se presenta</i>	87
<i>Qué sucede si se le deniega el viaje</i>	87
<i>Guía para pasajeros</i>	87
Obtener atención por video o por teléfono.....	88
<i>Cómo encontrar proveedores de telesalud</i>	88
<i>Cuándo usar el servicio de telesalud</i>	89
<i>Las consultas de telesalud son privadas</i>	89
<i>Tiene derecho a lo siguiente:</i>	90
<i>Lugares de acceso a la telesalud</i>	90
Medicamentos con receta médica	91
<i>Recetas cubiertas</i>	91
<i>Cómo solicitarle a Trillium Community Health Plan que cubra un medicamento con receta médica</i>	92
<i>Farmacia de pedido por correo</i>	92
<i>El OHP paga los medicamentos de salud del comportamiento</i>	92
<i>Cobertura de recetas médicas para afiliados con Medicare</i>	93
<i>Obtener recetas antes de un viaje</i>	93
Hospitales.....	94
Atención de urgencia.....	96
<i>Atención física de urgencia</i>	96
<i>Asesoramiento de enfermería disponible las 24 horas</i>	96
<i>Centros de atención de urgencia y clínicas sin cita previa:</i>	97
<i>Atención odontológica de urgencia</i>	99
Atención de Emergencia.....	100
<i>Emergencias físicas</i>	100
<i>Emergencias odontológicas</i>	101
<i>Emergencias y crisis de salud del comportamiento</i>	101
<i>Prevención del suicidio</i>	103
<i>Atención de seguimiento después de una emergencia</i>	105
Atención fuera del hogar.....	105

<i>Atención planificada fuera del estado</i>	105
<i>Atención de emergencia fuera del hogar</i>	105
Facturas de servicios	106
<i>Los afiliados de OHP no deben pagar las facturas de los servicios cubiertos</i>	106
<i>Los afiliados no pueden recibir facturación de saldo o sorpresa</i>	107
<i>Si su proveedor le envía una factura, no la pague.</i>	107
<i>Es posible que haya servicios que tenga que pagar</i>	107
<i>Es posible que le pidan que firme un formulario de Acuerdo de pago</i>	109
<i>Facturas por atención de emergencia fuera del hogar o fuera del estado</i>	110
<i>Consejos importantes sobre el pago de servicios y facturas</i>	111
Afiliados con OHP y Medicare	112
Cambio de CCO y de la atención	113
<i>Tiene derecho a cambiar de CCO o dejar una CCO.</i>	113
<i>Cómo cambiar o dejar su CCO</i>	116
<i>Trillium Community Health Plan puede pedirle que se retire por algunas razones</i>	116
Atención mientras cambia o deja una CCO	117
<i>Cuando necesita la misma atención mientras cambia de plan</i>	118
Decisiones sobre el final de la vida	119
<i>Instrucciones anticipadas</i>	119
<i>¿Cuál es la diferencia entre las POLST y las instrucciones anticipadas?</i>	122
<i>Declaración sobre Tratamiento de Salud Mental</i>	123
Cómo denunciar posible fraude, uso indebido y abuso	124
<i>Cómo informar un caso de posible fraude, uso indebido y abuso</i>	125
Quejas, quejas formales, apelaciones y audiencias imparciales	126
<i>Puede presentar una queja</i>	126
<i>Puede solicitarnos que cambiemos una decisión que tomamos.</i>	128
<i>Conozca más sobre los pasos para solicitar una apelación o audiencia:</i>	130
<i>Preguntas y respuestas sobre apelaciones y audiencias</i>	133
Palabras para tener en cuenta	135

Bienvenido a Trillium Community Health Plan

Nos complace que sea parte de Trillium Community Health Plan. Trillium Community Health Plan se complace en ayudarlo con su salud. Queremos brindarle la mejor atención posible.

Es importante que sepa cómo usar su plan. En este manual encontrará información sobre nuestra empresa, cómo recibir atención y cómo aprovechar al máximo sus beneficios.

Cómo trabajan juntos el OHP y Trillium Community Health Plan

El Oregon Health Plan (OHP) es una cobertura de atención de salud gratis para los residentes de Oregón. OHP es el programa de Medicaid de Oregón. Cubre servicios de atención de salud física, dental, social y del comportamiento. OHP también ayudará con las recetas médicas y los traslados al lugar de atención.

El OHP tiene planes de salud locales que lo ayudan a usar sus beneficios. Los planes se denominan organizaciones de atención coordinada o CCO.

Trillium Community Health Plan es una CCO. Trillium Community Health Plan brinda servicios en los condados de Clackamas, Multnomah y Washington.

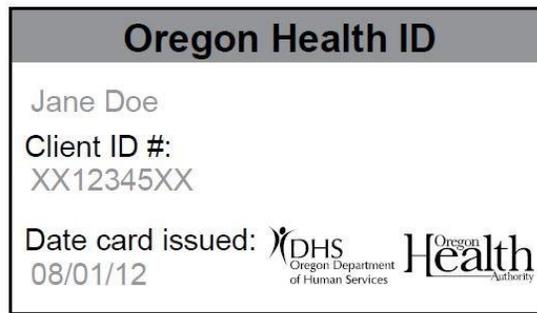
Trabajamos con otras organizaciones para ayudar a administrar algunos de sus beneficios, como servicios dentales y traslados para recibir atención. Para obtener una lista completa de estas organizaciones y servicios, consulte la sección “Contáctenos”.

Las CCO organizan y pagan su atención de salud. Pagamos a los médicos o proveedores de diferentes maneras para mejorar la forma en que usted recibe atención. Esto ayuda a garantizar que los proveedores se centren en mejorar su salud en general. Tiene derecho a preguntar cómo pagamos a los proveedores. Los pagos o incentivos al proveedor no cambiarán la atención que recibe ni la forma en que obtiene los beneficios. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente al 1-877-600-5472. Cuando solicite esta información, se la enviaremos en un plazo de 5 días hábiles.

Todas las CCO ofrecen los mismos beneficios que OHP. Algunas ofrecen servicios adicionales, como nuevos artículos para bebés y membresías en gimnasios. Obtenga más información sobre los beneficios de Trillium Community Health Plan en las secciones “Sus beneficios” y “Servicios adicionales”.

Cuando se inscriba en el OHP, recibirá una tarjeta de identificación de Oregon Health. Esto se le enviará por correo junto con su carta de cobertura. Cada afiliado del OHP en su hogar recibe una tarjeta de identificación.

Su tarjeta de identificación de Oregon Health se verá así:



Cuando se inscribe en una CCO, también recibe una tarjeta de identificación de CCO. Esta tarjeta es muy importante. Muestra que es afiliado de Trillium Community Health Plan y enumera otra información, como números de teléfono importantes. Su proveedor de atención primaria también figurará en su tarjeta de identificación.

Su tarjeta de identificación de Trillium Community Health Plan se verá así:



Asegúrese de mostrar su tarjeta de identificación de Trillium Community Health Plan cada vez que acuda a una cita o a la farmacia.

Su carta de cobertura y su tarjeta de identificación de Trillium Community Health Plan le indicarán en qué CCO está inscrito. También le indicarán qué nivel de atención cubre su plan CCO. Utilice su tarjeta de identificación y la tabla a continuación para ver qué tipo de atención está cubierta para usted.

CCO o OHP: ¿Quién organiza y paga su atención?			
Tipo de cobertura	Salud física	Salud dental	Salud del comportamiento
CCO-A	Trillium Community Health Plan	Trillium Community Health Plan	Trillium Community Health Plan
CCO-B	Trillium Community Health Plan	OHP	Trillium Community Health Plan
CCO-E	OHP	OHP	Trillium Community Health Plan
CCO-F*	Sin cobertura	Trillium Community Health Plan	Sin cobertura
CCO-G	OHP	Trillium Community Health Plan	Trillium Community Health Plan
Tarjeta abierta**	OHP	OHP	OHP

*CCO-F solo cubre atención de salud dental, a menos que tenga CCO-F más tarjeta abierta para salud física y del comportamiento.

**La tarjeta abierta también se denomina pago por servicio.

Obtenga más información sobre cómo organizar su atención en la sección “Coordinación de la atención” o vea qué tipo de beneficios están cubiertos en la sección “Sus beneficios”.

Contáctenos

La oficina de Trillium Community Health Plan está abierta de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Estamos cerrados el día de Año Nuevo (01/01/25), el Día de Martin Luther King Jr (01/20/25), el Día de los Caídos (05/26/25), el Día de la Liberación (06/19/25), el Día de la Independencia (07/04/25), el Día del Trabajo (09/01/25), el Día de los Veteranos (11/11/25), Acción de Gracias (11/27/25), el viernes después del Día de Acción de Gracias (11/28/25), Nochebuena (12/24/25) y Navidad (12/25/25). Solo atenderemos hasta las 12:00 p. m. (mediodía) en víspera de Año Nuevo (12/31/25).

Si Trillium Community Health Plan cierra su oficina en caso de emergencia, aún podrá comunicarse con nuestro equipo de Servicio al Cliente porque todos trabajan desde casa.

La oficina está ubicada en:
Trillium Community Health Plan
555 International Way, STE B201
Springfield, OR 97477

Llame al número gratuito: 1-877-600-5472 o TTY al 711

Fax: 844-805-3991

En línea: www.trilliumohp.com

Dirección de correo postal:
Trillium Community Health Plan
PO Box 11740
Eugene, OR 97440-3389

Números de teléfono importantes

- Atención y beneficios médicos
Llame a Servicio al Cliente al 877-600-5472 o (TTY 877-600-5473). Horario de atención: De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
Obtenga información sobre la atención y los beneficios médicos en la página [47](#).
- Beneficios de farmacia
Servicio al Cliente de farmacias: 877-600-5472 o (TTY 877-600-5473).
Horario de atención: De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
Obtenga información sobre los beneficios de farmacia en la página [90](#).
- Atención y beneficios de tratamiento de salud del comportamiento, dependencia de drogas, alcohol o trastorno por uso de sustancias
Servicio al Cliente: 877-600-5472 o (TTY 877-600-5473).
Horario de atención: De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
Obtenga información sobre los beneficios de salud del comportamiento en la página [58](#).

- Atención y beneficios odontológicos

Advantage Dental Services

Número gratuito de Servicio al Cliente: 1-866-268-9631 TTY (711)

Capitol Dental Care

Servicio al Cliente: 1-503-585-5205. Número gratuito: 1-800-525-6800

TTY: 1-800-735-2900

Oregon Dental Service

Servicio al Cliente: 1-503-243-2987. Número gratuito: 1-800-342-0526

TTY (711)

Obtenga información sobre los beneficios dentales en la página [61](#).

- Transporte gratuito a consultas de atención física, odontológica o de salud del comportamiento

Medical Transportation Management

Puede obtener un traslado gratuito a las consultas de atención física, dental y de salud del comportamiento. Para programar un traslado, llame al 877-583-1552. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Horario de atención: De domingos a sábados, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Días festivos cerrados: Año Nuevo, Día de los Caídos, Día de la Independencia, Día del Trabajo, Día de Acción de Gracias y Navidad.

Obtenga más información sobre el transporte para obtener atención en la página [83](#).

- Subcontratistas adicionales con los que trabaja Trillium para brindar atención directa a los afiliados

Centene Management Company

Para consultas de afiliados y proveedores y números de teléfono de contacto, comuníquese con el plan de salud [de su estado](#).

Para consultas corporativas, contáctenos al 314-725-4477.

Consumer Wellness Solutions

1-844-924-7325

<https://quitnow.net/trillium>

Linguava Interpreters

503-265-8518; Número gratuito: 800-716-1777

Passport to Languages

503-297-2707; Número gratuito: 800-297-2707

Express Scripts

Servicios para afiliados: 877-600-5472 Mesa de ayuda de farmacia: 833-750-4499

<https://www.trilliumohp.com/members.html> que tendrá un enlace al portal de Express Scripts®.

Comuníquese con Oregon Health Plan

El Servicio al Cliente de OHP puede ayudarlo a:

- Cambiar la dirección, el número de teléfono, el estado del hogar u otra información del caso.
- Reemplazar una tarjeta de identificación de Oregon Health que perdió.
- Obtener ayuda para solicitar o renovar los beneficios.
- Recibir ayuda local de un socio de la comunidad.

Cómo ponerse en contacto con el Servicio al Cliente de OHP:

- Teléfono: número gratuito 800-699-9075 (TTY 711)
- Sitio web: www.OHP.Oregon.gov
- Correo electrónico: Utilice el sitio de correo electrónico seguro en <https://secureemail.dhsoha.state.or.us/encrypt> para enviar un correo electrónico a OHP.
 - Para preguntas o cambios sobre su caso de OHP, envíe un correo electrónico a Oregon.Benefits@odhsoha.oregon.gov.

- Si tiene preguntas sobre las CCO o cómo usar su Medicaid, envíe un correo electrónico a Ask.OHP@odhsoha.oregon.gov.
- Informe a OHP su nombre completo, fecha de nacimiento, número de identificación de Oregon Health, dirección y número de teléfono.

Sus derechos y responsabilidades

Como afiliado de Trillium Community Health Plan, tiene derechos. También hay responsabilidades o cosas que debe hacer cuando recibe el OHP. Si tiene alguna pregunta sobre los derechos y las responsabilidades mencionados, póngase en contacto con Servicio al Cliente al 1-877-600-5472.

Tiene derecho a ejercer sus derechos como afiliado sin recibir una respuesta de mala manera ni sufrir discriminación. Si cree que no se han respetado sus derechos, puede presentar una queja. Obtenga más información sobre cómo presentar quejas en la página [126](#). También puede llamar a un defensor de la Autoridad de Salud de Oregon al 877-642-0450 (TTY 711). Puede enviarles un correo electrónico seguro a www.oregon.gov/oha/ERD/Pages/Ombuds-Program.aspx.

Existen ocasiones en que los menores de 18 años pueden querer o necesitar servicios de atención de salud por su cuenta. Los menores de 15 años o más pueden obtener atención médica y dental sin el consentimiento de sus padres. Para obtener más información, lea “Derechos de los menores: Acceso a la atención de salud y consentimiento”. Este documento le indica los tipos de servicios que los menores de cualquier género pueden obtener por su cuenta y cómo se comparten sus expedientes médicos. Puede leerlo en www.OHP.Oregon.gov. Haga clic en “Minor rights and access to care” (Derechos de los menores y acceso a la atención). O vaya a <https://sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/le9541.pdf>

Sus derechos como afiliado de OHP

Tiene derecho a que lo traten así

- Ser tratado con dignidad, respeto y consideración por su privacidad.
- Ser tratado por los proveedores de la misma manera que otras personas que buscan atención de salud.
- Tener una relación estable con el equipo de atención responsable de la administración general de su atención.

- No ser reprimido ni alejado de las personas porque así sería más fácil:
 - Brindarle atención
 - Castigarlo
 - Lograr que haga algo que no quiere hacer

Tiene derecho a recibir esta información

- Explicaciones sobre los materiales de una manera que pueda comprender y en su idioma. (Consulte la página [3](#)).
- Materiales, como este manual, que le informen sobre las CCO y cómo usar el sistema de atención médica.
- Materiales escritos que le indiquen sus derechos, responsabilidades, beneficios, cómo obtener servicios y qué hacer en caso de emergencia.
 - Tiene derecho a hacer recomendaciones con respecto a esta política de derechos y responsabilidades.
- Información sobre su afección, tratamientos y alternativas, qué está cubierto y qué no está cubierto. Esta información le ayudará a tomar buenas decisiones sobre su atención. Obtenga esta información en su idioma y en un formato que se adapte a sus necesidades.
- Un registro de salud donde figuren todas sus afecciones, los servicios que recibe y las remisiones. (Consulte la página [13](#)). Puede hacer lo siguiente:
 - Tener acceso a sus expedientes médicos.
 - Compartir sus registros de salud con un proveedor.

- Un aviso enviado por escrito de la denegación o del cambio en un beneficio antes de que suceda. Es posible que no reciba un aviso si las normas federales o estatales no lo exigen.
- Aviso por escrito enviado por correo sobre proveedores que ya no están dentro de la red. Dentro de la red se refiere a proveedores o especialistas que trabajan con Trillium Community Health Plan. (Consulte la página [31](#)).
- Aviso de manera oportuna si se cancela una cita.

Tiene derecho a recibir esta atención

- Atención y servicios en los que usted es lo más importante. Reciba atención que le brinde opciones, independencia y dignidad. Esta atención se basará en sus necesidades de salud y cumplirá con los estándares de práctica.
- Servicios que consideren sus necesidades culturales y lingüísticas y que estén cerca de donde vive. Si está disponible, puede obtener servicios en entornos no tradicionales, como en línea. (Consulte la página [88](#)).
- Coordinación de la atención, atención comunitaria y ayuda con las transiciones de atención de una manera que se adapte a su cultura e idioma. Esto ayudará a que no tenga que ir a un hospital o centro.
- Servicios que se necesitan para saber cuál es la afección médica que tiene.
- Ayuda para utilizar el sistema de atención médica. Reciba el apoyo cultural y lingüístico que necesita. (Consulte la página [3](#), [80](#)). Esto podría ser:
 - Intérpretes calificados o certificados en atención de salud.

- Trabajadores de salud tradicionales certificados.
- Trabajadores comunitarios de la salud.
- Especialistas en el bienestar de pares.
- Especialistas en el apoyo de pares.
- Doulas.
- Asesores de salud personal.
- Ayuda del personal de la CCO que está totalmente capacitado en las políticas y procedimientos de la CCO.
- Servicios preventivos cubiertos (Consulte la página [47](#)).
- Servicios de urgencia y emergencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana sin aprobación ni permiso. (Consulte la página [94](#)).
- Obtener remisiones a proveedores especializados para los servicios coordinados cubiertos que se necesitan según su salud. (Consulte la página [45](#)).
- Apoyo adicional de un defensor del OHP. (Consulte la página [70](#)).

Tiene derecho a lo siguiente

- Elegir a sus proveedores y cambiar esas elecciones. (Consulte la página [32](#)).
- Obtener una segunda opinión. (Consulte la página [35](#)).
- Hacer que un amigo, un familiar o un ayudante asista a sus citas.
- Participar activamente en la elaboración de su plan de tratamiento.
- Aceptar o rechazar servicios. Saber qué podría suceder según su decisión. (No se puede rechazar un servicio solicitado por un tribunal).

- Remitirse a servicios de planificación familiar o de salud del comportamiento sin el permiso de un proveedor.
- Expresar sus deseos de tratamiento. Es decir, deseos de aceptar o rechazar un tratamiento médico, quirúrgico o de salud del comportamiento. También implica el derecho a preparar instrucciones y otorgar poderes legales para la atención de salud enumerados en el ORS 127. (Consulte la página [119](#)).
- Presentar una queja o solicitar una apelación. Obtenga una respuesta de Trillium Community Health Plan al hacer esto. (Consulte la página [126](#)).
 - Pídale al estado que haga una revisión si no está de acuerdo con la decisión de Trillium Community Health Plan. Esto se denomina audiencia.
- Acceder a intérpretes gratuitos de la atención médica certificados o calificados gratuitos todos los idiomas distintos del inglés y la lengua de señas. (Consulte la página [4](#)).

Sus responsabilidades como afiliado de OHP

Debe tratar a los demás de esta manera

- Tratar con respeto al personal de Trillium Community Health Plan, a los proveedores y a otras personas.
- Ser honesto con sus proveedores para que puedan brindarle la mejor atención.

Debe aportar esta información al OHP

Si recibe el OHP, debe informar ciertos cambios sobre usted y su hogar. Su carta de aprobación del OHP le indica qué debe informar y cuándo.

Puede informar cambios de una de estas maneras:

- Utilice su cuenta ONE en línea en [One.Oregon.gov](https://www.oregon.gov) para informar cambios en línea.
- Visite cualquier oficina del Departamento de Servicios Humanos de Oregón. Puede encontrar una lista de oficinas en:
<https://www.oregon.gov/odhs/Pages/office-finder.aspx>
- Comuníquese con un socio comunitario local certificado por el OHP. Puede encontrar un socio comunitario en:
<https://healthcare.oregon.gov/Pages/find-help.aspx>
- Llame a Servicio al Cliente de OHP de lunes a viernes al 800-699-9075.
- Envíe un fax a 503-378-5628.
- Envíe un correo a ONE Customer Service Center, PO Box 14015, Salem, OR 97309.

Existen otros derechos y responsabilidades que usted tiene como afiliado de OHP. El OHP compartió esto cuando usted presentó su solicitud. Puede encontrar una copia en

<https://www.oregon.gov/odhs/benefits/pages/default.aspx>, bajo el enlace “Rights and Responsibilities” (Derechos y responsabilidades).

Debe ayudar con su atención de estas maneras

- Elegir o ayudar a elegir su proveedor de atención primaria o clínica.
- Recibir chequeos anuales, consultas de bienestar y atención preventiva para mantenerse saludable.
- Llegar a tiempo a sus citas. Llamar con anticipación si llegará tarde o cancelar su cita si no puede asistir.
- Llevar sus tarjetas de identificación médica a las citas. Informar a la oficina que tiene OHP y cualquier otro seguro de salud. Hacerles saber si resultó herido en un accidente.
- Ayudar a su proveedor en la elaboración de su plan de tratamiento. Seguir el plan de tratamiento y participar activamente en su atención.
- Seguir las instrucciones de sus proveedores o solicitar otra opción.
- Si no entiende, hacer preguntas sobre afecciones, tratamientos y otros temas relacionados con la atención.
- Utilizar la información que obtiene de los proveedores y equipos de atención para ayudarlo a tomar decisiones informadas sobre su tratamiento.
- Acudir a su proveedor de atención primaria para las pruebas y otras necesidades de atención, a menos que se trate de una emergencia.

- Utilizar especialistas de la red o trabajar con su proveedor para obtener la aprobación si quiere o necesita ver a alguien que no trabaja con Trillium Community Health Plan.
- Utilizar de manera adecuada los servicios de urgencia o emergencia. Informar a su proveedor de atención primaria dentro de las 72 horas si utiliza estos servicios.
- Ayudar a los proveedores a obtener su registro de salud. Es posible que tenga que firmar un formulario denominado Divulgación de información en el consultorio de su médico.
- Informar a Trillium Community Health Plan si tiene algún problema, queja o necesita ayuda.
- Pagar por servicios que no están cubiertos por OHP.
- Si recibe dinero debido a una lesión, ayudar a Trillium Community Health Plan a recibir el pago de los servicios que le brindamos debido a esa lesión.

Afiliados indígenas americanos y nativos de Alaska

Los indígenas americanos y los nativos de Alaska tienen derecho a elegir dónde recibir atención. Pueden acudir a proveedores de atención primaria y a otros proveedores que no son parte de nuestra CCO, como los siguientes:

- Centros tribales de bienestar.
- Clínicas de Servicio de Salud Indígena (por sus siglas en inglés, IHS). Busque una clínica en <https://ihs.gov/findhealthcare/>
- Asociación de Rehabilitación de Nativos Americanos del Noroeste (por sus siglas en inglés, NARA). Obtenga más información o busque una clínica en <https://www.naranorthwest.org>

Puede acudir a otras clínicas que no están en nuestra red. Obtenga más información sobre remisiones y aprobaciones previas en las páginas [43-45](#).

Los indígenas americanos y los nativos de Alaska no necesitan una remisión ni un permiso para recibir atención de estos proveedores. Estos proveedores deben facturar a Trillium Community Health Plan. Solo pagaremos por los beneficios cubiertos. Si un servicio necesita aprobación, el proveedor debe solicitarlo primero.

Los indígenas americanos y los nativos de Alaska tienen derecho a abandonar Trillium Community Health Plan en cualquier momento y hacer que el pago por servicio (por sus siglas en inglés, FFS) de OHP pague por su atención. Obtenga más información sobre cómo dejar o cambiar su CCO en la página [113](#).

Si desea que Trillium Community Health Plan sepa que usted es indígena americano o nativo de Alaska, comuníquese con Servicio al Cliente de OHP al 800-699-9075 (TTY 711) o inicie sesión en su cuenta en línea en [ONE.Oregon.gov](https://one.oregon.gov) para informar esto.

Se le puede asignar un estado tribal calificado si se cumple alguna de las siguientes condiciones. Estas preguntas también se hacen en la solicitud del OHP:

- Usted es miembro inscrito de una tribu reconocida a nivel federal o accionista de una compañía regional nativa de Alaska.
- Obtiene servicios del Servicio de Salud Indígena, las Clínicas de Salud Tribales o las Clínicas Indígenas Urbanas.
- Tiene un padre o abuelo que es miembro inscrito de una tribu reconocida a nivel federal o accionista de una compañía regional nativa de Alaska o aldea.

Afiliados nuevos que necesitan servicios de inmediato

Los afiliados que son nuevos en OHP o Trillium Community Health Plan pueden necesitar recetas médicas, suministros u otros artículos o servicios lo antes posible. Si no puede ver a su proveedor de atención primaria (por sus siglas en inglés, PCP) o dentista de atención primaria (por sus siglas en inglés, PCD) en sus primeros 30 días con Trillium Community Health Plan:

- Mientras espera una cita, puede llamar a Coordinación de la atención al 1-877-600-5472. Pueden ayudarle a obtener la atención que necesita. La coordinación de la atención también puede ayudar a los afiliados del OHP con Medicare. (Consulte la sección Coordinación de la atención para obtener más información).
 - Si se está convirtiendo en un nuevo afiliado de Medicare, consulte la sección Afiliados con OHP y Medicare para obtener más información.
- Programe una cita con su PCP tan pronto como pueda. Puede encontrar el nombre y número en su tarjeta de identificación de Trillium Community Health Plan.
- Llame a Servicio al Cliente al 1-877-600-5472 si tiene preguntas y desea conocer sus beneficios. Ellos pueden ayudarlo en lo que necesite.

Proveedores de atención primaria (PCP)

Un proveedor de atención primaria es a quien verá para hacer consultas periódicas, solicitar recetas médicas y recibir atención. Puede elegir uno, o podemos ayudarlo a elegir uno.

Los proveedores de atención primaria (PCP) pueden ser médicos, enfermeros profesionales y más. Tiene derecho a elegir un PCP dentro de la red de Trillium Community Health Plan. Si no elige un proveedor dentro de los 90 días de haberse afiliado, Trillium Community Health Plan lo asignará a una clínica o elegirá un PCP por usted. Trillium Community Health Plan notificará a su PCP de la asignación y le enviará una nueva tarjeta de identificación con la información de su proveedor.

Si ya tiene un PCP que trabaja con Trillium Community Health Plan, háganoslo saber. Puede proporcionarnos esta información llamándonos al 1-877-600-5472 o enviando un mensaje a través de nuestro Portal seguro para afiliados a <https://www.trilliumohp.com/login.html>

Su PCP trabajará con usted para ayudarlo a mantenerse lo más saludable posible. Le realizará un seguimiento de todas sus necesidades de atención básica y especializada. Su PCP realizará lo siguiente:

- Lo conocerá a usted y a su historial médico.
- Le proporcionará atención médica.
- Mantendrá sus expedientes médicos actualizados y en un solo lugar.

Su PCP lo remitirá a un especialista o lo internará en un hospital si es necesario.

Cada miembro de su familia en OHP debe elegir un PCP. Cada persona puede tener un PCP diferente.

Cambio de PCP

Puede cambiar su PCP en cualquier momento, según la disponibilidad de PCP, por cualquier PCP que acepte nuevos pacientes. Llame a Servicio al Cliente al 1-877-600-5472 o envíe un mensaje en nuestro portal seguro para afiliados para obtener ayuda con esto.

Puede comenzar a ver a sus nuevos proveedores el día en que se realiza este cambio.

Llame a Servicio al Cliente al 1-877-600-5472 para obtener ayuda para encontrar o cambiar su PCP y para encontrar especialistas y proveedores de salud mental.

Proveedores de la red

Trillium Community Health Plan trabaja con algunos proveedores, pero no con todos. Los proveedores con los que trabajamos se denominan proveedores participantes o de la red.

Los proveedores con los que no trabajamos se denominan proveedores fuera de la red. Es posible que pueda consultar a proveedores fuera de la red si es necesario, pero deben trabajar con Oregon Health Plan.

Es posible que pueda consultar a un proveedor fuera de la red para atención primaria si:

- Está cambiando de CCO o pasando del pago por servicio de OHP a una CCO (consulte la página [117](#)).
- Usted es indígena americano o nativo de Alaska (consulte la página [31](#)).

Directorio de proveedores

Puede elegir su PCP, PCD u otros proveedores del Directorio de proveedores en: <https://findaprovider.trilliumhealthplan.com/location>. También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener ayuda o enviar un mensaje en nuestro portal seguro para afiliados.

Estos son algunos ejemplos de la información que puede encontrar en el Directorio de proveedores:

- Si un proveedor acepta nuevos pacientes.
- Tipo de proveedor (médico, dental, salud del comportamiento, farmacia, etc.).
- Cómo ponerse en contacto.
- Opciones de atención telefónica y por video (telesalud).
- Ayuda con el idioma (incluye traducciones e intérpretes).
- Adaptaciones para personas con discapacidades físicas.

Puede obtener una copia impresa del directorio. Puede obtenerla en otro formato (como otros idiomas, letra grande o Braille) de forma gratuita. Llame a Servicio al Cliente al 1-877-600-5472.

Programe una cita

Puede programar una cita con su proveedor tan pronto como elija uno.

Su PCP debe ser su primera llamada cuando necesite atención. Le programará una cita o lo ayudará a decidir qué tipo de atención necesita. Su PCP también puede remitirlo a otros servicios o recursos cubiertos. Llámelo directamente para programar una cita.

Si es paciente nuevo de su PCP, programe una cita para un chequeo. De esta manera, puede conocer su situación y su historial médico antes de que tenga un problema o una inquietud. Esto lo ayudará a evitar demoras la primera vez que necesite usar sus beneficios.

Antes de su cita, anote lo siguiente:

- Preguntas que tenga para su PCP u otros proveedores.
- Antecedentes de problemas de salud de familiares.
- Recetas médicas, medicamentos de venta libre, vitaminas o suplementos que toma.

Pida una cita en horario de oficina y dígame lo siguiente:

- Que es afiliado de Trillium Community Health Plan.
- Su nombre y número de identificación de Trillium Community Health Plan.
- Qué tipo de cita necesita.
- Si necesita un intérprete y el idioma que necesita.

Hágale saber si está enfermo y necesita ver a alguien ese día.

Puede obtener transporte gratuito para su cita. Obtenga más información sobre el transporte gratuito para recibir atención en la página [83](#).

Citas a las que no pueda asistir

Trate de no faltar a las citas. Si no puede asistir a una, llame a su PCP y cancele de inmediato. Él programará otra consulta para usted. Si no le informa al consultorio de su proveedor con anticipación, es posible que no acepten verlo nuevamente.

Cada proveedor tiene sus propias reglas sobre faltar a las citas. Pregúntele acerca de sus reglas.

Cambios en los proveedores de Trillium Community Health Plan

Le informaremos cuando uno de sus proveedores habituales deje de trabajar con Trillium Community Health Plan. Recibirá una carta 30 días antes de que se produzca el cambio. Si este cambio ya se realizó, le enviaremos una carta dentro de los 15 días posteriores al cambio.

Segundas opiniones

Tiene derecho a obtener una segunda opinión sobre su afección o tratamiento. Las segundas opiniones son gratuitas. Si desea una segunda opinión, llame a Servicio al Cliente de Trillium Community Health Plan y díganos que desea ver a otro proveedor.

Si no hay un proveedor calificado dentro de nuestra red y desea ver a un proveedor fuera de nuestra red para obtener una segunda opinión, comuníquese con Servicio al Cliente de Trillium Community Health Plan para obtener ayuda. Coordinaremos la segunda opinión de forma gratuita.

Dentista de atención primaria (PCD)

Cada miembro de su familia debe tener un dentista, que será su dentista de atención primaria (PCD). Acudirá a su PCD para la mayoría de sus necesidades de atención dental. Su PCD lo enviará a un especialista si necesita ir a uno.

Su PCD es importante por lo siguiente:

- Será su primer contacto cuando necesite atención odontológica.
- Administrará sus servicios y tratamientos de salud dental.
- Organizará su atención especializada.

Llame a su organización de atención odontológica (por sus siglas en inglés, DCO) para obtener ayuda para encontrar un PCD o cambiar su PCD.

Llame a Servicio al Cliente al 1-877-600-5472 para obtener ayuda para encontrar o cambiar su organización de atención odontológica.

Encuesta sobre su salud

Poco después de su inscripción, Trillium Community Health Plan puede comunicarse con usted para hacerle algunas preguntas sobre su salud. Esto se denomina evaluación de riesgo de salud. Puede encontrar la Evaluación de riesgo de salud de Trillium Community Health Plan en línea en <https://www.trilliumohp.com/login.html> haciendo clic en el menú y yendo a Wellness Center (Centro de Bienestar), o llamando al 1-877-600-5472 para que un miembro del equipo de coordinación de la atención lo ayude a completarla.

La encuesta pregunta sobre lo siguiente:

- Su acceso a alimentación y vivienda.
- Sus hábitos (como el ejercicio, los hábitos alimenticios y si fuma o bebe alcohol).
- Cómo se siente (para ver si tiene depresión o necesita un proveedor de salud mental).
- Su bienestar general, salud dental e historial médico.
- Su lengua materna.
- Cualquier necesidad especial de atención médica, como embarazo de alto riesgo, afecciones crónicas, trastornos de salud del comportamiento y discapacidades, etc.
- Si desea apoyo de un equipo de coordinación de la atención.

Sus respuestas nos ayudan a averiguar lo siguiente:

- Si necesita algún examen de salud, incluso exámenes de la vista u odontológicos.
- Si tiene necesidades de atención de salud de rutina o especiales.
- Sus afecciones crónicas.
- Si necesita servicios y apoyos de atención a largo plazo.
- Inquietudes de seguridad.
- Dificultades que pueda tener para recibir atención.
- Si necesita ayuda adicional con la coordinación de la atención. Consulte la página [39](#) para obtener información sobre coordinación de la atención.

Si realiza la encuesta en el portal, un miembro del equipo de coordinación de la atención revisará su encuesta. Lo llamarán para hablar sobre sus necesidades y lo ayudarán a comprender sus beneficios. Si responde las preguntas por teléfono, el miembro del equipo de coordinación de la atención hará esto como parte de la llamada.

Nos comunicaremos con usted para garantizar que su encuesta se complete dentro de los 90 días posteriores a la inscripción, o antes, si es necesario.

Su encuesta se compartirá con su médico u otros proveedores para reducir la cantidad de veces que le hagan estas preguntas. Compartir su encuesta también ayuda a coordinar su atención y servicios.

Afiliadas embarazadas

Si está embarazada, OHP brinda servicios adicionales para ayudar a que usted y su bebé se mantengan saludables. Si está embarazada, Trillium Community Health Plan puede ayudarla a obtener la atención que necesita. También puede cubrir su parto y su atención durante un año después de su embarazo. Cubriremos los beneficios posteriores al embarazo durante un año completo, sin importar cómo termine el embarazo.

Esto es lo que debe hacer cuando descubre que está embarazada:

- Informar a OHP que está embarazada tan pronto como lo sepa.** Llame al 800-699-9075 (TTY 711) o inicie sesión en su cuenta en línea en ONE.Oregon.gov.
- Informar a OHP su fecha de parto.** No tiene que saber la fecha exacta en este momento. Si está lista para el parto, llámenos de inmediato.
- Pregúntenos sobre sus beneficios de embarazo.** Start Smart For Your Baby® (SSFB) es un programa para afiliadas embarazadas y padres primerizos. Este programa lo ayuda a obtener la atención que necesita para un embarazo saludable. Puede ganar recompensas por asistir a sus citas y colaborar con su equipo de administración de atención de SSFB. También podemos conectarla con los Servicios de Doula de la red visitando nuestro sitio web en www.trilliumohp.com/startsmart, o llámenos al 1-877-600-5472 o (TTY 1-877-600-5473) y pida hablar con un administrador de casos en el programa Start Smart for your Baby® para obtener más información.
- Opciones de atención durante el embarazo** Trillium Community Health Plan trabaja con trabajadores de salud tradicionales (por sus siglas en inglés, THW), que incluyen doulas de parto. Los trabajadores de salud tradicionales han vivido experiencias similares a las de las personas a las que brindan servicios. Ayudan a los afiliados de Trillium a alcanzar sus objetivos de salud y bienestar. También ayudan a los afiliados a comprender sus beneficios y a conectarse con una atención sensible a la cultura. Los THW pueden brindar apoyo para encontrar recursos para alimentos, vivienda, transporte y más. Visite la herramienta Buscar un proveedor en <http://providersearch.trilliumhealthplan.com/> en “Medical Specialist” (Especialista médico) para buscar doulas en su área. Trillium trabaja con proveedores de doulas en el condado de Multnomah.

Después de que termine su embarazo:

- Llame a OHP o solicite al hospital que envíe una notificación de recién nacido a OHP.**
OHP brindará cobertura para su bebé desde el nacimiento. Su bebé también tendrá Trillium Community Health Plan.

- Obtenga una visita gratuita a domicilio de enfermeras con Family Connects Oregon.** Es un programa de visitas a domicilio de enfermeras que es gratuito para todas las familias con recién nacidos. Una enfermera los visitará para realizarles un chequeo y brindarles consejos y recursos para recién nacidos. Actualmente, solo está disponible para los residentes del condado de Washington.

Es importante prevenir problemas de salud

Queremos prevenir los problemas de salud antes de que sucedan. Puede hacer de esto una parte importante de su atención. Hágase chequeos regulares de salud y odontológicos para saber cómo está su salud.

Los siguientes son algunos ejemplos de servicios preventivos:

- Vacunas para niños y adultos.
- Controles odontológicos y limpiezas.
- Mamografías (rayos X de mamas).
- Examen de Papanicolaou.
- Atención de embarazo y para recién nacidos.
- Exámenes de bienestar (exámenes físicos anuales).
- Evaluaciones de próstata para hombres.
- Chequeos anuales (exámenes de la vista, controles de la presión arterial y hemoglobina A1C).
- Exámenes de control para niños (ayudan a realizar un seguimiento de los hitos de salud y el crecimiento de los niños).

Una boca sana también mantiene su corazón y su cuerpo más saludables.

Si tiene alguna pregunta, llámenos al 1-877-600-5472 o 711 (TTY).

Obtenga ayuda para organizar su atención con la coordinación de atención

Trillium Community Health Plan puede ayudarlo a organizar su atención. Trillium Community Health Plan cuenta con personal que forma parte de su equipo de coordinación de la atención. El personal de Trillium Community Health Plan está comprometido a apoyar a los afiliados con sus necesidades de atención y puede ayudarlo a encontrar atención médica física, dental, del comportamiento, del desarrollo y social dónde y cuándo las necesite.

Puede obtener coordinación de la atención de su centro de atención primaria centrada en el paciente (por sus siglas en inglés, PCPCH), proveedor de atención primaria, Trillium Community Health Plan u otros equipos de atención primaria. Usted, sus proveedores o alguien que hable en su nombre pueden solicitar la coordinación de la atención por cualquier motivo, especialmente si tiene una nueva necesidad de atención o si sus necesidades no están siendo satisfechas. Puede llamar a Trillium Community Health Plan al 1-877-600-5472 (TTY 711) o visitar <https://www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/Benefits-and-Services/care-coordination-and-case-management.html> para obtener más información sobre la coordinación de la atención.

El objetivo de la coordinación de la atención es mejorar su salud en general. Trillium Community Health Plan debe tener procesos establecidos que nos ayuden a encontrar sus necesidades de atención médica. Lo ayudaremos a hacernos cargo de su salud y bienestar.

Su equipo de coordinación de la atención puede realizar lo siguiente:

- Ayudarlo a comprender sus beneficios y cómo funcionan.
- Usar los programas de atención para ayudarlo a controlar afecciones crónicas de salud, como diabetes, enfermedades cardíacas y asma.
- Ayudarlo con problemas de salud del comportamiento, incluidos la depresión y el trastorno por abuso de sustancias.
- Ayudarlo a encontrar formas de obtener los servicios y recursos adecuados para asegurarse de que se sienta cómodo, seguro y atendido.
- Ayudarlo a identificar personas de su vida o comunidad que puedan ser de apoyo.
- Ayudarlo a elegir un proveedor de atención primaria (PCP).
- Brindarle atención y consejos que sean fáciles de seguir.
- Ayudarlo a programar las citas y pruebas médicas.
- Ayudarlo a organizar el transporte a sus citas médicas.
- Ayudarlo a realizar la transición de su atención cuando sea necesario.
- Ayudarlo a recibir atención de proveedores especializados.

- Ayudarlo a asegurarse de que sus proveedores se consulten entre sí sobre sus necesidades de atención médica.
- Crear con usted un plan de atención que satisfaga sus necesidades de salud.

Su equipo de coordinación de atención puede ayudarlo a encontrar y acceder a otros recursos en su comunidad, como ayuda con las necesidades no médicas. Estos son algunos ejemplos:

- Ayuda para encontrar vivienda
- Ayuda con el alquiler y los servicios públicos
- Servicios de nutrición
- Traslados
- Capacitaciones y clases
- Apoyo familiar
- Servicios sociales
- Dispositivos para condiciones climáticas extremas

Trabajamos juntos para su cuidado

Su equipo coordinador de la atención trabajará en estrecha colaboración con usted. Este equipo tendrá diferentes personas que trabajarán juntas para satisfacer sus necesidades, como los proveedores, especialistas y programas comunitarios con los que trabaja. El equipo lo conectará con los recursos comunitarios y de apoyo social que pueden ayudarlo. El trabajo de su equipo de atención es asegurarse de que las personas adecuadas formen parte de su atención para ayudarlo a alcanzar sus objetivos. Todos trabajaremos juntos para apoyarlo.

Es posible que necesite un plan de atención

Usted y su equipo de atención decidirán si es necesario un plan de atención. Este plan lo ayudará a satisfacer sus necesidades y se elabora con usted, su equipo de atención y sus proveedores. Su plan enumerará los apoyos y servicios necesarios para ayudarlo a alcanzar sus objetivos. Este plan aborda las necesidades médicas, dentales, culturales, de desarrollo, del comportamiento y sociales para que usted obtenga resultados positivos de salud y bienestar.

El plan será revisado y actualizado al menos una vez al año, a medida que sus necesidades cambien, o si solicita la revisión y actualización. Usted, su representante y sus proveedores reciben una copia de su plan de atención.

Usted, un representante autorizado o proveedor puede solicitar una copia de su plan de atención o solicitar el desarrollo de un plan de atención comunicándose con el

Servicio para Afiliados de Trillium al 1-877-600-5472 o TTY 711 y solicitando hablar con su administrador de casos asignado para que le envíen por correo una copia impresa de su plan de atención.

Horario e información de contacto de coordinación de la atención

Los servicios de coordinación de la atención están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

- Llame a Servicio al Cliente de Trillium Community Health Plan al 1-877-600-5472 o TTY 711 si hay un cambio en sus necesidades de salud o en quién está trabajando con usted para que Trillium Community Health Plan pueda ayudarlo a coordinar su atención.
- Llame a Servicio al Cliente de Trillium Community Health Plan al 1-877-600-5472 (711 para TTY) para obtener más información sobre la coordinación de la atención.
- Trillium Community Health Plan le informará el nombre de la persona o el equipo responsable de coordinar su atención enviándole una carta por correo con su información de contacto. También se le enviará una carta por correo si esa persona o equipo cambia.

Afiliados con Medicare

También puede obtener ayuda con sus beneficios de OHP y Medicare. Un miembro del personal del equipo de coordinación de la atención de Trillium Community Health Plan trabaja con usted, sus proveedores, su plan Medicare Advantage o su cuidador. Nos asociamos con estas personas para brindarle servicios sociales y de apoyo, como servicios comunitarios culturalmente específicos.

Sus beneficios

Cómo decide Oregón qué cubrirá OHP

Hay muchos servicios disponibles para usted como afiliado de OHP. La forma en que Oregón decide qué servicios pagar se basa en la **Lista prioritaria de servicios médicos**. Esta lista se compone de diferentes afecciones médicas (llamadas “diagnósticos”) y los tipos de procedimientos que tratan las afecciones. Un grupo de expertos médicos y ciudadanos comunes trabajan juntos para elaborar la lista. Este grupo se llama Comisión Revisora de Evidencia Médica de Oregón (por sus siglas en inglés, HERC). Son designados por el gobernador.

La lista tiene combinaciones de todas las afecciones y sus tratamientos. Estas se denominan pares de afección/tratamiento.

Los pares de afección/tratamiento se clasifican en la lista según la gravedad de cada afección y la eficacia de cada tratamiento.

Para afiliados de 21 años o más:

No todos los pares de afecciones y tratamientos están cubiertos por OHP. Hay un punto de detención en la lista llamado “la línea” o “el nivel de financiación”. Los pares por encima de la línea están cubiertos y los pares por debajo de la línea no. Algunas afecciones y tratamientos por encima de la línea tienen ciertas reglas y es posible que no estén cubiertos.

Para afiliados menores de 21 años:

Todos los servicios médicamente necesarios y apropiados desde el punto de vista médico deben estar cubiertos, según sus necesidades individuales y su historial médico. Esto incluye artículos “debajo de la línea” en la Lista prioritaria, así como servicios que no aparecen en la Lista prioritaria, como el Equipo médico duradero. Consulte la página [76](#) para obtener más información sobre la cobertura para afiliados menores de 21 años.

Obtenga más información sobre la Lista prioritaria en la siguiente dirección:

<https://www.oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/prioritized-list.aspx>

Trillium Community Health Plan quiere asegurarse de que tenga acceso a la atención médica más actualizada. Tenemos un equipo que está atento a avances en la medicina. Esto puede incluir nuevos medicamentos, pruebas, cirugías u otras opciones de tratamiento. El equipo verifica que los nuevos tratamientos sean seguros. Le informaremos a usted y a su médico de nuevos servicios cubiertos según sus beneficios.

Acceso directo

No necesita una remisión ni una aprobación previa para algunos servicios. A esto se le llama acceso directo. Consulte las tablas a continuación para conocer los servicios que son de acceso directo y no necesitan una remisión o aprobación previa.



No se requiere remisión ni aprobación previa

- **Servicios de emergencia** (disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana)
Para la salud física, dental o del comportamiento
- **Servicios de atención de urgencia** (disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana)
Para la salud física, dental o del comportamiento
- **Servicios para la salud de las mujeres**
Para atención de rutina y preventiva
- **Exámenes de abuso sexual**
- **Servicios de evaluación de la salud del comportamiento**
- **Servicios de salud del comportamiento para pacientes ambulatorios y brindados por pares**
Por un proveedor dentro la red

Consulte la tabla de beneficios en la página [47](#) para obtener más información.

Obtener una aprobación previa (a veces llamada “autorización previa”)

Algunos servicios, como la cirugía o los servicios para pacientes hospitalizados, necesitan aprobación antes de recibirlos. Esto es para garantizar que la atención sea médicamente necesaria y adecuada para usted. Su proveedor se encargará de esto y puede enviarnos información para ayudarlo a obtener el servicio. Incluso si el proveedor no está obligado a enviarnos información, es posible que Trillium Community Health Plan de todos modos necesite revisar su caso por motivos médicos. Debe saber que estas decisiones se basan únicamente en si la atención o el servicio es adecuado para usted y si está cubierto por Trillium Community Health Plan. Trillium Community Health Plan no recompensa a los proveedores ni a ninguna otra persona por negar la cobertura o la atención. Nunca se le da dinero extra a nadie que toma la decisión de decir que no a una solicitud de atención. Comuníquese con Servicio al Cliente de Trillium Community Health Plan al 1-877-600-5472 si usted:

- Tiene preguntas.
- Debe comunicarse con nuestro Departamento de Administración de la Utilización.
- Necesita una copia de las pautas clínicas.

Es posible que no obtenga el servicio si no está aprobado. Revisamos las solicitudes de aprobación previa tan pronto como lo requiera su estado de salud. La mayoría de las decisiones sobre los servicios se toman dentro de los 14 días. A veces, una decisión puede demorar hasta 28 días. Esto solo sucede cuando esperamos más información. Si usted o su proveedor sienten que esperar el lapso de tiempo estándar pone en peligro su vida, su salud o su capacidad funcional, podemos tomar una decisión más rápida, llamada “autorización de servicio acelerada”. Las decisiones de servicio aceleradas generalmente se toman dentro de las 72 horas, pero puede haber una extensión de 14 días. Tiene derecho a quejarse si no está de acuerdo con una decisión con extensión. Consulte la página [126](#) para saber cómo presentar una queja.

Si necesita una aprobación previa para obtener una receta médica, tomaremos una decisión dentro de las 24 horas. Si necesitamos más información para tomar la decisión, puede demorar 72 horas.

Consulte la página [90](#) para obtener información sobre las recetas médicas.

No necesita aprobación para servicios de emergencia o urgencia ni para servicios de atención posterior de emergencia. Consulte la página [100](#) para obtener información sobre los servicios de emergencia.



No se requiere aprobación previa para estos servicios

- **Servicios de salud del comportamiento para pacientes ambulatorios o servicios prestados por pares (dentro de la red)**
- **Servicios de evaluación de la salud del comportamiento**
- **Tratamiento asistido con medicamentos para el trastorno por abuso de sustancias (primeros 30 días)**
- **Tratamiento asertivo comunitario (por sus siglas en inglés, ACT) y servicios integrales (se requiere una evaluación)**

Consulte la tabla de beneficios en la página [47](#) para obtener más información.

Remisiones de proveedores y autorremisiones

Para que usted reciba atención del proveedor adecuado, es posible que necesite una remisión. Una **remisión** es una orden escrita de su proveedor que indica la necesidad de un servicio.

Por ejemplo: Si su PCP no puede brindarle los servicios que necesita, puede remitirlo a un especialista. Si se necesita aprobación previa para el servicio, su proveedor se la solicitará a Trillium Community Health Plan.

Si no hay un especialista cerca de donde vive o que trabaje con Trillium Community Health Plan (también llamado de la red), es posible que tengan que trabajar con el equipo de coordinación de atención para encontrarle atención fuera de la red. Para consultar a un proveedor fuera de la red, este debe trabajar con Oregon Health Plan. No hay ningún costo adicional si esto sucede. Muchas veces su PCP puede realizar los servicios que necesita. Si cree que podría necesitar una remisión a un especialista de atención médica, pregúntele a su PCP. No necesita una remisión si tiene una emergencia.



Servicios que requieren una remisión

- **Tratamiento asistido con medicamentos para el trastorno por abuso de sustancias**
- **Servicios de especialistas**
Si tiene necesidades especiales de atención médica, su equipo de atención médica puede trabajar en conjunto para brindarle acceso a especialistas sin una remisión.
- **Servicios integrales**
- **Si acude a un proveedor de atención dental que no es su dentista de atención primaria, es posible que necesite una remisión para estos servicios:**
 - Exámenes bucales
 - Dentaduras postizas parciales o completas
 - Extracciones
 - Terapia de conducto radicular

Consulte la tabla de beneficios en la página [47](#) para obtener más información.

Algunos servicios no requieren una remisión de su proveedor. Esto se denomina autorremisión.

Una **autorremisión** significa que puede buscar en el Directorio de proveedores para encontrar el tipo de proveedor que le gustaría consultar. Puede llamar a ese proveedor para programar una consulta sin una remisión. Obtenga más información sobre el Directorio de proveedores en la página [33](#).

Servicios a los que puede autorremitirse:

- Consultas con su PCP
- Atención para Enfermedades de transmisión sexual (ETS)
- Inmunizaciones (vacunas)
- Servicios por parte de trabajadores de salud tradicionales
- Proveedores de la red de servicios de la vista de rutina
- Proveedores dentales en la red
- Servicios de planificación familiar (incluidos aquellos fuera de la red)
- Servicios para la salud mental por problemas relacionados con el alcohol u otras drogas
- Tratamiento asertivo comunitario
- Servicios de salud del comportamiento (dentro de la red)

Consulte la tabla de beneficios en la página [47](#) para obtener más información. Es posible que aún necesite aprobación previa para un servicio cuando utiliza la autorremisión. Hable con su PCP o comuníquese con Servicio al Cliente si tiene preguntas sobre si necesita una aprobación previa para obtener un servicio.

Leyenda de íconos de la tabla de beneficios



Servicios que requieren aprobación previa.

Algunos servicios necesitan aprobación antes de recibirlos. Su proveedor debe solicitar la aprobación de la CCO. A esto se lo conoce como aprobación previa.



Servicios que requieren una remisión.

Una remisión es una orden escrita de su proveedor que indica la necesidad de un servicio. Debe pedirle la remisión a un proveedor.



No se requiere remisión ni aprobación previa.

No necesita una remisión ni una aprobación previa para algunos servicios. A esto se le llama acceso directo.

Beneficios de salud física

Consulte a continuación una lista de los beneficios médicos que están disponibles para usted sin costo alguno. Mire la columna “Servicio” para ver cuántas veces puede obtener cada servicio de forma gratuita. Mire la columna “Cómo acceder” para saber si necesita una remisión o una aprobación previa para el servicio. Trillium Community Health Plan coordinará los servicios de forma gratuita si necesita ayuda.

Para obtener un resumen de los beneficios y la cobertura de OHP, visite OHP.Oregon.gov/Benefits. Puede obtener una copia impresa o electrónica del resumen llamando al 800-273-0057 (TTY 711).

Si ve un * en las tablas de beneficios, significa que es posible que un servicio esté cubierto más allá de los límites enumerados para los afiliados menores de 21 años si es médicamente necesario y apropiado.

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
<p>Servicios de coordinación de la atención</p> <p>La coordinación de la atención implica organizar deliberadamente las actividades de atención al paciente y compartir información entre todos los participantes interesados en la atención del paciente para lograr una atención más segura y eficaz.</p> <p>La coordinación de la atención puede ayudarlo a acceder a las necesidades de atención física, dental, del desarrollo, del comportamiento y social dónde y cuándo las necesite.</p> <p>Sin límite.</p> <p>Consulte la sección “Obtenga ayuda para organizar su atención” para obtener más información.</p>	<p></p> <p>No se requiere remisión ni aprobación previa.</p>	<p>Todos los afiliados</p>
<p>Acupuntura</p> <p>La acupuntura es una técnica en la que los profesionales insertan finas agujas en la piel para tratar problemas de salud. Las agujas pueden manipularse manualmente o estimularse con pequeñas corrientes eléctricas (electroacupuntura).</p> <p>30 consultas por año calendario sin autorización.</p>	<p></p> <p>Se requiere autorización después de 30 consultas.</p> <p>No se requiere remisión.</p>	<p>Todos los afiliados</p>
<p>Servicios de administración de casos</p> <p>La administración de casos se realiza cuando un administrador de casos ayuda al afiliado a desarrollar un plan para coordinar el apoyo/los servicios que necesita para optimizar su atención médica.</p> <p>El administrador de casos trabaja directamente con el afiliado a título clínico, brindándole atención y coordinando y desarrollando planes de tratamiento.</p> <p>Sin límite cuando sea médicamente necesario.</p>	<p></p> <p>No se requiere remisión ni aprobación previa</p>	<p>Todos los afiliados</p>
<p>Quiropráctico</p> <p>Los quiroprácticos evalúan y tratan los nervios, huesos, músculos, ligamentos y tendones de un afiliado.</p> <p>Algunos ejemplos incluyen el ajuste de la columna, así como otras intervenciones clínicas, para controlar los problemas de salud de los pacientes, como el dolor de espalda y cuello.</p> <p>30 consultas por año calendario sin autorización.</p>	<p></p> <p>Se requiere autorización después de 30 consultas.</p> <p>No se requiere remisión.</p>	<p>Todos los afiliados</p>

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
<p>Cobertura de circuncisión</p> <p>En la circuncisión, el prepucio se extirpa quirúrgicamente, dejando al descubierto la punta del pene.</p> <p>El beneficio se limita a circuncisiones sin complicaciones.</p>	<p></p> <p>No se requiere remisión ni aprobación previa</p>	<p>Varones recién nacidos menores de 30 días</p>
<p>Servicios de cuidados paliativos y de cuidado de enfermos terminales</p> <p>Atención al final de la vida, como ayuda para controlar los síntomas y el dolor.</p> <p>Por ejemplo, los miembros del equipo podrían ayudarlo a comer o ducharse, o podrían ayudarlo con los medicamentos.</p> <p>Sin límite cuando sea médicamente necesario.</p>	<p></p> <p>No se requiere remisión ni aprobación previa</p>	<p>Todos los afiliados</p>
<p>Radiografías de diagnóstico*</p> <p>Una radiografía médica genera una imagen que puede ayudar a encontrar huesos rotos, tumores y objetos extraños en el cuerpo.</p> <p>Sin límite.</p>	<p></p> <p>Requiere remisión.</p>	<p>Todos los afiliados</p>
<p>Tomografías computarizadas de diagnóstico*</p> <p>Muestra imágenes detalladas de cualquier parte del cuerpo, incluidos huesos, músculos, grasa, órganos y vasos sanguíneos. Las tomografías computarizadas son más detalladas que las radiografías estándar.</p> <p>Sin límite.</p>	<p></p> <p>Requiere autorización.</p>	<p>Todos los afiliados</p>
<p>Resonancias magnéticas de diagnóstico*</p> <p>Pruebas no invasivas de diagnóstico por imagen que producen imágenes detalladas de la estructura interna del cuerpo humano, incluidos los órganos, huesos, músculos y vasos sanguíneos.</p> <p>Sin límite.</p>	<p></p> <p>Requiere autorización.</p>	<p>Todos los afiliados</p>

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
<p>Equipo médico duradero</p> <p>El equipo médico duradero es un tipo de equipo que dura mucho tiempo. No se gastan como los suministros médicos.</p> <p>Estos son algunos ejemplos: Dispositivos médicos, prótesis y ortopédicos.</p> <p>Sin límite cuando sea médicamente necesario. Algunos artículos requieren autorización. Su proveedor de DME sabe qué artículos no necesitan autorización.</p>	 <p>Algunos artículos requieren autorización</p>	<p>Todos los afiliados</p>
<p>Servicios de detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (por sus siglas en inglés, EPSDT)</p> <p>Atención, pruebas de detección y evaluaciones del desarrollo de la salud física y mental para afiliados menores de 21 años.</p> <p>Los ejemplos pueden incluir atención preventiva, servicios dentales, de la salud mental, del desarrollo y especializados.</p> <p>Esto incluye cobertura para todos los servicios médicamente necesarios y médicamente apropiados para afiliados menores de 21 años.</p> <p>Sin límite cuando sea médicamente necesario.</p> <p>Consulte la página 76 para obtener más información.</p>	 <p>No se requiere remisión ni aprobación previa para la atención para niños saludables, pruebas de detección y algunas evaluaciones. Es posible que se requieran remisiones o aprobación previa para otros servicios.</p>	<p>Afiliados de 0 a 20 años</p>
<p>Cirugías/procedimientos electivos</p> <p>La cirugía electiva significa que usted y el médico deciden cuándo se realizará. Se puede planificar con antelación o posponer si es necesario.</p> <p>Los ejemplos incluyen procedimientos cosméticos, como eliminar un lunar o una verruga. También pueden incluir afecciones más graves, como la cirugía de hernia, la eliminación de cálculos renales o del apéndice, y reemplazos de cadera.</p> <p>Según se recomiende.</p>	 <p>Requiere autorización.</p>	<p>Todos los afiliados</p>

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
<p>Transporte médico de emergencia</p> <p>Traslado al hospital debido a una emergencia.</p> <p>Ejemplo: Traslado en ambulancia o LifeFlight.</p> <p>Sin límite cuando sea médicamente necesario.</p>	<p></p> <p>Sin remisión ni aprobación previa.</p>	<p>Todos los afiliados</p>
<p>Servicios de emergencia</p> <p>Atención médica inmediata en caso de emergencia.</p> <p>Ejemplo: Dolor o presión en el pecho, fractura de huesos, dolor de estómago intenso que aparece de forma repentina, disminución o pérdida del conocimiento.</p> <p>Sin límite cuando sea médicamente necesario.</p>	<p></p> <p>Sin remisión ni aprobación previa.</p>	<p>Todos los afiliados</p>
<p>Servicios de planificación familiar</p> <p>Atención para ayudarle a planificar el momento y la cantidad de hijos que tiene o no tiene.</p> <p>Ejemplo: Control de la natalidad o exámenes anuales.</p> <p>Sin límite. Los afiliados pueden obtener servicios de planificación familiar cubiertos de parte de proveedores fuera de la red.</p>	<p></p> <p>Sin remisión ni aprobación previa.</p>	<p>Todos los afiliados</p>
<p>Atención para la afirmación de género</p> <p>Atención para ayudar a apoyar y afirmar la identidad de género.</p> <p>Ejemplo: Discusiones sobre identidad de género, manejo médico no quirúrgico, terapia de reemplazo hormonal, terapia para la salud mental, manejo quirúrgico.</p> <p>Sin límite si se recomienda.</p>	<p></p> <p>Se necesita aprobación previa.</p>	<p>Todos los afiliados</p>

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
<p>Servicios de audición*</p> <p>Estos servicios incluyen cosas para evaluar la audición o ayudarle a escuchar mejor.</p> <p>Ejemplos: Audiología y audífonos.</p> <p>Límites según las pautas de OHP. Llame a Trillium para obtener detalles.</p>	 <p>Requiere remisión.</p>	<p>Todos los afiliados</p>
<p>Servicios de atención médica a domicilio</p> <p>Atención en su hogar, a menudo durante una enfermedad o después de una lesión.</p> <p>Ejemplo: Fisioterapia.</p> <p>Límites según las pautas de OHP. Llame a Trillium para obtener detalles.</p>	 <p>Se necesita aprobación previa.</p>	<p>Todos los afiliados</p>
<p>Inmunizaciones y vacunas para viajes</p> <p>Inyecciones y vacunas para ayudarle a mantenerse saludable.</p> <p>Ejemplo: Vacunas contra la influenza, el cólera, la hepatitis y la varicela.</p> <p>Sin límite si se recomienda.</p>	 <p>Sin remisión ni aprobación previa.</p>	<p>Todos los afiliados</p>
<p>Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados</p> <p>Atención que recibe cuando permanece en el hospital.</p> <p>Ejemplo: Cirugía.</p> <p>Sin límite cuando sea médicamente necesario.</p>	 <p>Aprobación previa necesaria.</p>	<p>Todos los afiliados</p>
<p>Servicios de intérprete</p> <p>Alguien que le ayude en el idioma hablado o lenguaje de señas de su elección.</p> <p>Sin límite. Consulte la página 4 para obtener más información.</p>	 <p>Sin remisión ni aprobación previa.</p>	<p>Todos los afiliados</p>

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
<p>Servicios de laboratorio, rayos X y otros procedimientos</p> <p>Estas son pruebas que su proveedor podría utilizar para revisar su salud.</p> <p>Ejemplos: Prueba de orina o radiografía.</p> <p>Sin límite.</p>	 <p>Requiere remisión.</p>	<p>Todos los afiliados</p>
<p>Servicios de maternidad</p> <p>Atención que recibe antes, durante y después del embarazo.</p> <p>Ejemplo: Consulta prenatal.</p> <p>Informe a Trillium y a la Autoridad de Salud de Oregón cuando esté embarazada y cuando su embarazo haya terminado.</p> <p>Necesitará solicitar OHP para su hijo.</p> <p>Trillium no paga los partos en el hogar, sino la OHA.</p>	 <p>Sin remisión ni aprobación previa.</p>	<p>Afiliadas embarazadas</p>
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> <p>Atención hospitalaria que puede recibir sin tener que pasar la noche.</p> <p>Ejemplos: Quimioterapia, radiación o control del dolor.</p> <p>Sin límite cuando sea médicamente necesario.</p>	 <p>Sin remisión ni aprobación previa.</p>	<p>Todos los afiliados</p>
<p>Cuidados paliativos</p> <p>Cuidados a afiliados con enfermedades graves, que pueden incluir servicios como coordinación de la atención, servicios de salud mental, servicios de trabajo social, servicios de atención espiritual, control del dolor y los síntomas, y asistencia clínica telefónica las 24 horas.</p> <p>Sin límite cuando sea médicamente necesario. Los afiliados que reciben cuidado de enfermos terminales no son elegibles para recibir cuidados paliativos.</p>	 <p>Aprobación previa necesaria.</p>	<p>Afiliados con una enfermedad grave y un pronóstico que limita vida</p>

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
<p>Servicios farmacéuticos (medicamentos con receta médica)</p> <p>Medicamentos que necesita tomar para ayudar a mantenerse o hacer que esté saludable.</p> <p>Ejemplo: Medicamentos para la presión arterial.</p> <p>Varios medicamentos, pero no todos, están disponibles con una receta médica del proveedor. Puede encontrar una lista completa en nuestra lista de medicamentos preferidos de Oregon Health Plan.</p>	 <p>Se necesita receta médica.</p>	<p>Todos los afiliados</p>
<p>Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla</p> <p>Las terapias se centran en mejorar su capacidad para mover el cuerpo o realizar actividades diarias.</p> <p>Ejemplo: Ejercicios para mejorar el equilibrio después de una caída.</p> <p>Fisioterapia y terapia ocupacional: Total de 30 consultas por año sin autorización.</p> <p>Terapia del habla: 30 consultas por año sin autorización.</p>	 <p>Requiere remisión.</p> <p>Se requiere autorización después de 30 consultas.</p>	<p>Todos los afiliados</p>
<p>Servicios preventivos</p> <p>Atención y pruebas de detección regulares para mantener a usted y a su familia saludables.</p> <p>Estos son algunos ejemplos: exámenes físicos, vacunas, pruebas de detección (cáncer, etc.), prevención de diabetes, asesoramiento nutricional, servicios para dejar de fumar, etc.</p> <p>Según se recomienda.</p>	 <p>Sin remisión ni aprobación previa.</p>	<p>Todos los afiliados</p>
<p>Visitas al proveedor de atención primaria</p> <p>Visitas con su médico para chequeos, pruebas de detección y atención que no sea de urgencia.</p> <p>Ejemplo: Examen anual.</p> <p>Sin límite cuando sea médicamente necesario.</p> <p>Consulte la página 32 para obtener más información.</p>	 <p>Sin remisión ni aprobación previa.</p>	<p>Todos los afiliados</p>

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
<p>Traslados para recibir atención. También llamados servicios de transporte médico que no sea de emergencia (por sus siglas en inglés, NEMT)</p> <p>Traslados gratuitos para recibir atención u otras ayudas de transporte como pasajes de autobús y pago del millaje.</p> <p>Sin límite cuando sea médicamente necesario.</p> <p>Consulte la página 79 para obtener más información.</p>	<p></p> <p>Sin remisión ni aprobación previa.</p>	<p>Todos los afiliados</p>
<p>Exámenes de abuso sexual</p> <p>El examen que se realiza después de un abuso sexual puede incluir la recopilación de evidencia y la realización de pruebas de laboratorio.</p> <p>Sin límite cuando sea médicamente necesario.</p>	<p></p> <p>Sin remisión ni aprobación previa.</p>	<p>Todos los afiliados</p>
<p>Servicios de especialistas</p> <p>Atención de un proveedor que tiene un entrenamiento especial para brindar atención relacionada con una cierta parte del cuerpo o un cierto tipo de enfermedad.</p> <p>Ejemplo: Cardiólogo (especialista en corazón).</p> <p>Sin límite cuando sea médicamente necesario.</p>	<p></p> <p>Aprobación previa necesaria.</p>	<p>Todos los afiliados</p> <p>Para aquellos con necesidades especiales de atención médica o de servicios y apoyos a largo plazo (por sus siglas en inglés, LTSS), hable con la Coordinación de la atención para obtener acceso directo a los especialistas.</p>
<p>Procedimientos quirúrgicos</p> <p>Atención para tratar, extirpar o alterar físicamente el cuerpo para mantenerlo o hacer que esté saludable.</p> <p>Ejemplo: Extirpación de un apéndice inflamado.</p> <p>Sin límite cuando sea médicamente necesario.</p>	<p></p> <p>Aprobación previa necesaria.</p>	<p>Todos los afiliados</p>

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
<p>Servicios de telesalud</p> <p>Recibir atención médica por teléfono, video o en línea.</p> <p>Ejemplos: Consultas virtuales o consultas por correo electrónico.</p> <p>Sin límite cuando sea médicamente necesario.</p> <p>Consulte la página 88 para obtener más información.</p>	 <p>Sin remisión ni aprobación previa.</p>	<p>Todos los afiliados</p>
<p>Servicios de trabajadores de salud tradicionales (THW)</p> <p>Recibir atención o servicios de alguien con experiencias de vida similares. Pueden ayudarlo a obtener atención para apoyar su bienestar.</p> <p>Ejemplo: Un especialista en apoyo de pares.</p> <p>Sin límite. Consulte la página 80 para obtener más información.</p>	 <p>No se requiere remisión.</p>	<p>Todos los afiliados</p>
<p>Servicios de atención de urgencia</p> <p>Atención que recibe cuando su necesidad de salud es más urgente que una cita regular.</p> <p>Ejemplos: Torceduras y esguinces.</p> <p>Sin límite. Cualquier centro de atención de urgencias de EE. UU. dispuesto a facturar a Trillium.</p>	 <p>Sin remisión ni aprobación previa.</p>	<p>Todos los afiliados</p>
<p>Servicios de salud de la mujer (además de PCP) para atención de rutina y preventiva</p> <p>Atención para las necesidades especiales de salud de las mujeres.</p> <p>Ejemplos: Prueba de Papanicolaou, examen de mamas o consulta de la mujer saludable.</p> <p>Sin límites.</p>	 <p>Sin remisión ni aprobación previa.</p>	<p>Todos los afiliados</p>

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
<p>Servicios de la vista</p> <p>Los afiliados menores de 21 años*, las adultas embarazadas y los adultos hasta 12 meses después del parto tienen la siguiente cobertura:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de la vista de rutina cuando sea necesario. • Examen médico de la vista cuando sea necesario. • Lentes correctivos/accesorios cuando sea necesario. <p>Las adultas no embarazadas (mayores de 21 años) tienen la siguiente cobertura:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de la vista de rutina cada 24 meses • Examen médico de la vista cuando sea necesario. ○ Lentes correctivos/accesorios solo para ciertas afecciones médicas de la vista <p>Entre los ejemplos de afecciones médicas de la vista, se incluyen la afaquia, el queratocono o después de una cirugía de cataratas.</p>	<div style="text-align: center;">  Sin remisión ni aprobación previa. </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">  Sin remisión ni aprobación previa. </div>	<p>Afiliados menores de 21 años y afiliadas embarazadas</p> <p style="text-align: center;">Según se recomienda para todos los demás.</p>

La tabla anterior no es una lista completa de los servicios que necesitan aprobación previa o remisión. Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de Trillium Community Health Plan al 1-877-600-5472 o TTY 711.

Beneficios de atención para la salud del comportamiento

Consulte a continuación una lista de los beneficios de salud del comportamiento que están disponibles para usted sin costo alguno. La salud del comportamiento hace referencia al tratamiento para la salud mental y por abuso de sustancias. Mire la columna “Servicio” para ver cuántas veces puede obtener cada servicio de forma gratuita. Mire la columna “Cómo acceder” para saber si necesita una remisión o una aprobación previa para el servicio.

Si ve un * en las tablas de beneficios, significa que es posible que un servicio esté cubierto más allá de los límites enumerados para los afiliados menores de 21 años si es médicamente necesario y apropiado. Trillium Community Health Plan coordinará los servicios de forma gratuita si necesita ayuda.

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
<p>Servicios de coordinación de la atención</p> <p>La coordinación de la atención implica organizar deliberadamente las actividades de atención al paciente y compartir información entre todos los participantes interesados en la atención del paciente para lograr una atención más segura y eficaz.</p> <p>La coordinación de la atención puede ayudarlo a acceder a las necesidades de atención física, dental, del desarrollo, del comportamiento y social dónde y cuándo las necesite.</p> <p>Sin límite.</p> <p>Consulte la sección “Obtenga ayuda para organizar su atención” para obtener más información.</p>	 <p>No se requiere remisión ni aprobación previa.</p>	<p>Todos los afiliados</p>
<p>Tratamiento asertivo comunitario</p> <p>Los programas de Tratamiento Asertivo Comunitario (ACT) brindan servicios integrales de tratamiento y apoyo basados en equipos a personas diagnosticadas con enfermedades mentales graves.</p> <p>La mayoría de los servicios se prestan en la comunidad donde las personas viven y trabajan.</p> <p>Ejemplo: Administración de casos e intervención en casos de crisis.</p>	 <p>Sin remisión ni aprobación previa.</p>	<p>Afiliados mayores de 18 años</p>

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
<p>Servicios integrales</p> <p>El proceso integral es un proceso de planificación, coordinación de la atención y resolución de problemas basado en equipos para ayudar a los jóvenes y sus familias que enfrentan problemas emocionales, mentales y de comportamiento.</p> <p>El proceso integral es colaborativo y reúne a jóvenes, familiares, amigos, maestros y proveedores de servicios para crear un plan individualizado para abordar las necesidades de un niño.</p> <p>Ejemplo: Planificación colaborativa de la atención</p>	 <p>Remisión necesaria.</p>	<p>Niños y jóvenes que cumplen con los criterios</p>
<p>Servicios de evaluación de la salud del comportamiento</p> <p>Pruebas y exámenes para ayudar a conocer posibles afecciones de salud del comportamiento, concluir un diagnóstico y guiar el tratamiento.</p> <p>Ejemplo: Prueba de diagnóstico psiquiátrico.</p>	 <p>Sin remisión ni aprobación previa.</p>	<p>Todos los afiliados</p>
<p>Servicios de tratamiento psiquiátrico residencial de salud del comportamiento</p> <p>Servicios psiquiátricos a corto plazo, en el lugar, para jóvenes que necesitan apoyo las 24 horas debido a problemas emocionales y de comportamiento.</p> <p>Los programas de Servicios de Tratamiento Psiquiátrico Residencial (por sus siglas en inglés, PRTS) brindan evaluación, servicios de estabilización psiquiátrica, y servicios y apoyos integrales de salud del comportamiento.</p> <p>Ejemplo: Programa de Tratamiento Residencial para Niños.</p>	 <p>Aprobación previa necesaria.</p>	<p>Jóvenes menores de 21 años que cumplen con los criterios</p>
<p>Servicios residenciales y de desintoxicación por trastorno por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados</p> <p>El tratamiento residencial por trastorno por abuso de sustancias (por sus siglas en inglés, SUD) es un programa con un entorno de recuperación estructurado y de apoyo las 24 horas para el tratamiento de trastornos por abuso de sustancias.</p>	 <p>Aprobación previa necesaria.</p>	<p>Todos los afiliados</p>

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
<p>Los servicios de desintoxicación son servicios supervisados médicamente las 24 horas que pretenden minimizar el impacto negativo de los síntomas de abstinencia y brindar un tratamiento de apoyo mientras las sustancias salen del sistema de una persona.</p> <p>Ejemplo: Tratamiento por consumo de alcohol.</p>		
<p>Tratamiento asistido con medicamentos (por sus siglas en inglés, MAT) para el trastorno por abuso de sustancias (SUD)</p> <p>El tratamiento asistido con medicamentos (MAT) es el uso de medicamentos, junto con asesoramiento y terapias del comportamiento, para tratar los trastornos por abuso de sustancias.</p> <p>Ejemplo: Tratamiento con buprenorfina.</p>	 <p>Sin remisión ni aprobación previa.</p>	<p>Todos los afiliados</p>
<p>Servicios de salud del comportamiento para pacientes ambulatorios y prestados por pares de un proveedor de la red</p> <p>Atención de salud del comportamiento que puede recibir sin tener que pasar la noche. La atención de salud del comportamiento para pacientes ambulatorios se puede brindar en una clínica, en un entorno comunitario o de forma virtual.</p> <p>Ejemplo: Asesoramiento individual sobre salud mental; servicios prestados por pares.</p> <p>Se puede requerir una aprobación previa para los proveedores fuera del área.</p>	 <p>Sin remisión ni aprobación previa.</p>	<p>Todos los afiliados</p>
<p>Servicios de especialistas de salud del comportamiento</p> <p>Atención de un proveedor que tiene formación especial en tratamiento intensivo para tratar afecciones de salud del comportamiento específicas.</p> <p>Ejemplo: Tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios.</p>	 <p>Aprobación previa necesaria.</p>	<p>Todos los afiliados</p>

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
<p>Servicios para el trastorno por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios (SUD)</p> <p>El tratamiento para el trastorno por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios incluye servicios de tratamiento relacionados con el consumo de alcohol y otras sustancias que pueden prestarse sin necesidad de pasar la noche en el hospital.</p> <p>La atención se puede brindar en una clínica, en un entorno comunitario o de forma virtual.</p> <p>Ejemplo: Asesoramiento grupal sobre el SUD. Se puede requerir una aprobación previa para los proveedores fuera del área.</p>	 <p>Sin remisión ni aprobación previa.</p>	<p>Todos los afiliados</p>

La tabla anterior no es una lista completa de los servicios que necesitan aprobación previa o remisión. Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de Trillium Community Health Plan al 1-877-600-5472 o TTY 711.

Beneficios odontológicos

Todos los afiliados del Oregon Health Plan tienen cobertura odontológica. OHP cubre limpiezas anuales, radiografías, empastes y otros servicios que mantienen sus dientes sanos.

Los dientes sanos son importantes a cualquier edad. Estos son algunos datos importantes sobre la atención odontológica:

- Puede ayudar a prevenir el dolor.
- Los dientes sanos también mantienen el corazón y el cuerpo sanos.
- Debe visitar a su dentista una vez al año.
- Cuando está embarazada, mantener los dientes y encías saludables puede proteger la salud del bebé.
- Solucionar los problemas odontológicos puede ayudarlo a controlar el nivel de azúcar en sangre.
- Los niños deben hacerse el primer control odontológico al año de edad.
- La infección en la boca puede propagarse al corazón, el cerebro y el resto del cuerpo.

Su dentista de atención primaria (por sus siglas en inglés, PCD) puede remitirlo a un especialista para ciertos tipos de atención. Los tipos de especialistas dentales incluyen:

- Endodoncistas (para tratamientos de conducto).
- Odontopediatras (para adultos con necesidades especiales y niños).
- Periodoncistas (para las encías).
- Ortodoncistas (en casos extremos, para los aparatos dentales).
- Cirujanos orales (para extracciones que requieren sedación o anestesia general).

Consulte la tabla de la siguiente página para ver qué servicios dentales están cubiertos.

Todos los servicios cubiertos son gratuitos. Están cubiertos siempre que su proveedor indique que usted necesita los servicios. Mire la columna “Servicio” para ver cuántas veces puede obtener cada servicio de forma gratuita. Mire la columna “Cómo acceder” para saber si necesita una remisión o una aprobación previa para el servicio. Si ve un * en las tablas de beneficios, significa que es posible que un servicio esté cubierto más allá de los límites enumerados para los afiliados menores de 21 años si es médicamente necesario y apropiado.

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
<p>Servicios de coordinación de la atención</p> <p>La coordinación de la atención implica organizar deliberadamente las actividades de atención al paciente y compartir información entre todos los participantes interesados en la atención del paciente para lograr una atención más segura y eficaz.</p> <p>La coordinación de la atención puede ayudarlo a acceder a las necesidades de atención física, dental, del desarrollo, del comportamiento y social dónde y cuándo las necesite.</p> <p>Sin límite.</p> <p>Consulte la sección “Obtenga ayuda para organizar su atención” para obtener más información.</p>	 <p>No se requiere remisión ni aprobación previa.</p>	<p>Todos los afiliados</p>
<p>Atención odontológica de urgencia y de emergencia</p> <p>Atención de problemas odontológicos que necesitan atención inmediata.</p> <p>Ejemplos: Dolor extremo o infección, sangrado o hinchazón, lesiones en los dientes o las encías.</p> <p>Sin límites.</p>	 <p>Sin remisión ni aprobación previa.</p>	<p>Todos los afiliados</p>
<p>Exámenes bucales</p> <p>Un examen bucal es cuando el dentista realiza un chequeo para buscar áreas donde se pueda necesitar cuidado adicional. Esto incluye buscar caries o enfermedades de las encías.</p> <p>Afiliados menores de 21 años: Dos veces al año*</p> <p>Todos los demás afiliados: Una vez al año</p>	 <p>Necesita remisión si no acude a su dentista de atención primaria.</p>	<p>Todos los afiliados</p>
<p>Limpiezas bucales</p> <p>Las limpiezas dentales contribuyen a la salud bucal a largo plazo. Cuando realiza su limpieza de rutina, se eliminan la placa, el sarro y las bacterias dañinas. Esto ayuda a prevenir las caries.</p> <p>Afiliados menores de 21 años: Dos veces al año*</p> <p>Todos los demás afiliados: Una vez al año</p>	 <p>Sin remisión ni aprobación previa.</p>	<p>Todos los afiliados</p>

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
<p>Barniz de flúor</p> <p>Un tratamiento para ayudar a fortalecer y proteger los dientes.</p> <p>Afiliados menores de 21 años: Dos veces al año* Jóvenes y adultos de alto riesgo: Hasta cuatro veces al año* Todos los demás adultos: Una vez al año*</p>	 Sin remisión ni aprobación previa.	<p>Todos los afiliados</p>
<p>Rayos X bucales</p> <p>Los rayos X crean una imagen de sus dientes y huesos. Su dentista utiliza esto para revisar su salud bucal.</p> <p>Los rayos X de rutina están cubiertos una vez al año; se cubren más si es apropiado desde el punto de vista odontológico o médico.</p> <p>Los rayos X panorámicos e intradentales se cubren una vez cada cinco años, pero ambos no se pueden realizar dentro del mismo período de cinco años.</p>	 Sin remisión ni aprobación previa.	<p>Todos los afiliados</p>
<p>Selladores</p> <p>Revestimientos finos que se pintan en los dientes posteriores (molares) y que pueden prevenir las caries durante muchos años.</p> <p>En dientes posteriores de adultos, una vez cada 5 años.</p>	 Sin remisión ni aprobación previa.	<p>Afiliados menores de 16 años*</p>
<p>Rellenos</p> <p>El relleno se utiliza para tratar un pequeño orificio o una cavidad en un diente.</p> <p>No existen limitaciones en cuanto a la cantidad de rellenos que se cubrirán.</p> <p>El reemplazo de un relleno del color del diente en un diente que no se ve al sonreír se limita a una vez cada 5 años.*</p>	 Sin remisión ni aprobación previa.	<p>Todos los afiliados*</p>

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
<p>Dentaduras postizas parciales o completas</p> <p>Las dentaduras postizas reemplazan los dientes faltantes. Existen dos tipos de dentaduras postizas: completas y parciales.</p> <p>Las dentaduras postizas completas se utilizan cuando faltan todos los dientes y las dentaduras postizas parciales se utilizan cuando quedan algunos dientes naturales.</p> <p>Parcial: Una vez cada 5 años</p> <p>Completa: Una vez cada 10 años</p> <p>Ajustes y reparaciones de dentaduras postizas:</p> <p>Mayores de 21 años: Hasta 4 veces al año, dependiendo de la reparación necesaria.</p> <p>El reajuste de la dentadura postiza está cubierto:</p> <p>Menores de 20 años: Una vez cada 3 años</p> <p>Mayores de 21 años: Una vez cada 5 años</p>	 <p>Aprobación previa necesaria.</p>  <p>Necesita remisión si no acude a su dentista de atención primaria.</p>	<p>Todos los afiliados</p>
<p>Coronas</p> <p>Una corona dental es un casquillo con forma de diente que restaura un diente deteriorado, roto, débil o desgastado.</p> <p>Los dentistas también utilizan coronas para cubrir implantes o tratamientos de conducto.</p> <p>Las coronas no están cubiertas para todos los dientes. Solo están cubiertos algunos dientes delanteros superiores e inferiores.</p> <p>Se limita a 4 coronas cada 7 años.*</p>	 <p>Aprobación previa necesaria.</p>  <p>Necesita remisión si no acude a su dentista de atención primaria.</p>	<p>Afiliadas embarazadas o afiliados menores de 21 años*</p>

Servicio	Cómo acceder	Quién puede obtenerlo
<p>Extracciones</p> <p>Extracción completa de un diente del alveolo dental.</p> <p>Sin límite.</p>	 <p>Necesita remisión si no acude a su dentista de atención primaria.</p>	<p>Todos los afiliados</p>
<p>Terapia de conducto radicular</p> <p>Un tratamiento de conducto es un procedimiento dental para reparar y salvar un diente cuando está muy deteriorado, dañado o infectado. Se extrae el centro del diente.</p> <p>Todos los afiliados: Cobertura para dientes delanteros y premolares</p> <p>-Afiliadas embarazadas: Cobertura adicional para los primeros molares</p> <p>Afiliados menores de 21 años: Cobertura adicional para los primeros y segundos molares (no los terceros molares/las muelas del juicio)</p>	 <p>Se necesita aprobación previa para los molares.</p>  <p>Necesita remisión si no acude a su dentista de atención primaria.</p>	<p>Todos los afiliados</p>
<p>Ortodoncia</p> <p>Atención para diagnosticar y tratar dientes o mandíbulas que no están alineados.</p> <p>Ejemplos: Para labio y paladar hendido, o cuando se ven afectados el habla, la masticación y otras funciones.</p> <p>Se requiere contar con la aprobación de su dentista, y usted no puede tener caries ni enfermedad de las encías.</p>	 <p>Se necesita aprobación previa.</p>	<p>Afiliados menores de 21 años*</p>

La tabla anterior no es una lista completa de los servicios que necesitan aprobación previa o remisión. Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente al 1-877-600-5472 o TTY 711.

Veteranos y afiliados del programa odontológico del Tratado de Libre Asociación

Si está afiliado al Programa odontológico para veteranos o al Programa odontológico del Tratado de Libre Asociación (por sus siglas en inglés, COFA) (“OHP Dental”), Trillium Community Health Plan **solo** brinda beneficios odontológicos y transporte gratuito (NEMT) a las citas odontológicas.

OHP y Trillium Community Health Plan no brindan acceso a servicios de salud física del comportamiento ni transporte gratuito para estos servicios.

Si tiene preguntas sobre la cobertura y los beneficios disponibles, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-877-600-5472 o TTY al 711.

OHP Bridge para adultos con ingresos más altos

OHP Bridge es un nuevo paquete de beneficios que brinda cobertura a adultos con ingresos más altos. OHP Bridge es gratuito.

Requisitos para acceder a OHP Bridge:

- Tener entre 19 y 64 años
- Tener ingresos entre el 138 % y el 200 % del nivel federal de pobreza (por sus siglas en inglés, FPL)
- Tener una ciudadanía o un estado migratorio elegibles para calificar
- No tener acceso a otro seguro de salud asequible

Si informa que tiene un ingreso más alto al renovar su OHP, es posible que lo trasladen a OHP Bridge. Obtenga más información sobre OHP Bridge en <https://www.oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/bridge.aspx>.

OHP Bridge es casi lo mismo que OHP Plus.

Hay algunas cosas que OHP Bridge no cubre, incluidas las siguientes:

- Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)
- Necesidades sociales relacionadas con la salud (por sus siglas en inglés, HRSN)

Necesidades sociales relacionadas con la salud

Las necesidades sociales relacionadas con la salud (HRSN) son necesidades sociales y económicas que afectan su capacidad de estar saludable y sentirse bien. Estos servicios ayudan a los afiliados que enfrentan cambios importantes en la vida.

Obtenga más información en: <https://www.oregon.gov/OHA/HSD/Medicaid-Policy/Pages/HRSN.aspx>.

Pregunte a Trillium Community Health Plan para ver qué beneficios gratuitos de HRSN están disponibles. Los beneficios de HRSN incluyen lo siguiente:

- Servicios de vivienda: Ayuda con el alquiler y los servicios públicos, para conseguir o conservar una vivienda, costos de mudanza y servicios para apoyarlo como inquilino.
- Servicios climáticos: Ayuda para acceder a aires acondicionados, calentadores, dispositivos de filtración de aire, fuentes de alimentación portátiles y mini refrigeradores relacionados con la salud.
- Servicios de nutrición: Ayuda que incluye asesoramiento nutricional, comidas médicamente adaptadas, abastecimiento de comidas o artículos de despensa, y recetas médicas de frutas y verduras.

Es posible que pueda obtener algunos o todos los beneficios de HRSN si es afiliado de OHP y cumple con uno o más de los siguientes requisitos:

- No tiene hogar o tiene un ingreso que es igual o inferior al 30 % del ingreso medio del área, y no tiene recursos o redes de apoyo para prevenir la falta de hogar
- Es dado de alta de un Instituto de Enfermedades Mentales
- Es liberado de la cárcel
- Es un joven en transición fuera del sistema de bienestar infantil
- Es un adulto joven con necesidades especiales de atención médica
- Es una persona en transición a un estatus dual con OHP y Medicare

También debe cumplir otros criterios. Si tiene preguntas o desea hacerse una prueba de detección, comuníquese con Trillium Community Health Plan.

Trillium Community Health Plan puede ayudarlo a programar citas para los beneficios de HRSN.

Tenga en cuenta que para hacerse la prueba de detección y obtener los beneficios de HRSN, sus datos personales pueden recopilarse y usarse para remisiones. Usted puede limitar cómo se comparte su información.

Si se aprueba, puede elegir cómo obtener los beneficios de HRSN. Los beneficios de HRSN son gratuitos para usted y puede optar por no participar en cualquier momento. Si recibe beneficios de HRSN, su equipo de coordinación de la atención trabajará con usted para asegurarse de que su plan de atención esté actualizado. Consulte la página [39](#) para obtener información sobre coordinación de la atención y los planes de atención.

Siempre debe recibir un aviso por escrito cuando se le niega algo, y tiene derecho a apelar si no está de acuerdo con la decisión. Consulte la página [128](#) para obtener más información.

Notas importantes:

- Los traslados para recibir atención no se pueden utilizar para servicios HRSN.
- OHP Bridge no cubre los servicios HRSN.

En lugar de otros servicios (ILOS)

Trillium Community Health Plan ofrece servicios o entornos que son alternativas médicamente apropiadas a los servicios cubiertos por OHP. Estos se denominan “en lugar de otros servicios” (por sus siglas en inglés, ILOS). Se ofrecen como opciones útiles para los afiliados cuando los entornos o servicios tradicionales no satisfacen las necesidades de nuestros afiliados. Trillium Community Health Plan ofrece los siguientes ILOS:

Consultas de lactancia en entornos alternativos como sustituto de las consultas de lactancia que tradicionalmente se brindan en el consultorio, la clínica u otros entornos para pacientes ambulatorios que no satisfacen las necesidades de los afiliados. Algunos ejemplos de entornos alternativos incluyen su hogar, centros comunitarios, agencias de servicios sociales, escuelas y más.

- Consultas de lactancia ofrecidas en un entorno alternativo. Este ILOS puede ser apropiado para padres que necesitan apoyo para amamantar o dar el pecho a su bebé.
- Un ejemplo de este ILOS es la educación sobre la salud proporcionada por una enfermera registrada, un trabajador de salud tradicional o una doula con formación en lactancia (como un asesor certificado en educación sobre lactancia o un especialista certificado en lactancia). Estos pueden ayudar a brindar asistencia para amamantar o dar el pecho a fin de abordar problemas comunes como: agarre incómodo del bebé, problemas de suministro de leche materna/del pecho, orientación sobre la extracción de leche materna/del pecho, pautas de almacenamiento seguro de la leche materna y más.

Decidir si un ILOS es adecuado para usted es un trabajo en equipo. Trabajamos con su equipo de atención para tomar la mejor decisión. Sin embargo, la elección es suya. No está obligado a participar en ninguno de estos programas. Se notificará a los afiliados con 30 días de antelación si se interrumpe un ILOS que estén recibiendo. Este aviso incluirá información sobre quejas formales y apelaciones para los servicios cubiertos que se denieguen total o parcialmente (en la página [126](#) encontrará más información sobre las quejas formales y las apelaciones). Si tiene alguna pregunta sobre cualquiera de los beneficios o servicios indicados arriba, llame al 1-877-600-5472 o TTY 711.

Servicios que OHP paga

Trillium Community Health Plan paga por su atención, pero hay algunos servicios que no pagamos. Igualmente están cubiertos y serán pagados por el programa pago por servicio (tarjeta abierta) de Oregon Health Plan. Las CCO a veces llaman a estos servicios beneficios “no cubiertos”. Existen dos tipos de servicios que OHP paga directamente:

1. Servicios en los que obtiene coordinación de la atención de Trillium Community Health Plan.
2. Servicios en los que obtiene coordinación de la atención de OHP.

Servicios con coordinación de la atención de Trillium Community Health Plan

Trillium Community Health Plan aún le brinda coordinación de la atención para algunos servicios. Coordinación de la atención significa que recibirá transporte gratuito de Medical Transportation Management (MTM) para servicios cubiertos, actividades de apoyo y cualquier recurso que necesite para servicios no cubiertos.

Comuníquese con Trillium Community Health Plan para obtener los siguientes servicios:

- Los servicios de parto comunitario planificado (por sus siglas en inglés, PCB) incluyen atención prenatal y posparto para personas que experimentan un embarazo de bajo riesgo según lo determine la División de Sistemas de Salud de la OHA. La OHA es responsable de proporcionar y pagar los servicios primarios de PCB, incluidos, como mínimo, los servicios para aquellas afiliadas aprobadas para PCB, evaluación inicial del recién nacido, prueba de detección de manchas de sangre del recién nacido, incluido el kit de detección, atención del trabajo de parto y parto, consultas prenatales y atención posparto.
- Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) no pagados por Trillium Community Health Plan.
- Servicios de Family Connects Oregon, que brindan apoyo a familias con recién nacidos. Obtenga más información en <https://www.familyconnectsoregon.org/>.
- Ayuda a los afiliados a obtener acceso a los servicios de salud del comportamiento. Algunos ejemplos de estos servicios son:
 - Determinados medicamentos para algunas afecciones de la salud del comportamiento
 - Pago de hogar de grupo terapéutico para afiliados menores de 21 años
 - Atención psiquiátrica (salud del comportamiento) a largo plazo para afiliados mayores de 18 años
 - Atención personal en hogares de acogida de adultos para afiliados de 18 años o más

Para obtener más información o una lista completa de estos servicios, llame a Servicio al Cliente al 1-877-600-5472 o TTY 711.

Servicios que OHP paga y para los que brinda coordinación de la atención

Comuníquese con OHP para obtener los siguientes servicios:

- Servicios paliativos (cuidado de enfermos terminales) para afiliados que viven en centros de enfermería especializada.
- Servicios basados en la escuela que se proporcionan bajo la Ley de Educación para Personas con Discapacidades (por sus siglas en inglés, IDEA). Para niños que reciben servicios médicos en la escuela, como terapia del habla.
- Examen médico para averiguar si califica para un programa de apoyo o planificación de trabajo social.
- Servicios proporcionados a los afiliados del Programa Oregón Más Saludable.
- Abortos y otros procedimientos para interrumpir el embarazo.
- Suicidio asistido por médicos según la Ley de Muerte Digna de Oregón y otros servicios.

Comuníquese con el equipo de coordinación de la atención de Acentra del OHP al 800-562-4620 para obtener más información y ayuda con estos servicios.

Igualmente, puede obtener un traslado gratuito de Medical Transportation Management para cualquiera de estos servicios. Consulte la página [83](#) para obtener más información. Llame a Medical Transportation Management al 1-877-583-1552 (TTY 711) para programar un traslado o hacer preguntas.

Objeciones morales o religiosas

Trillium Community Health Plan no limita los servicios en función de objeciones morales o religiosas. Es posible que algunos proveedores de nuestra red tengan objeciones morales o religiosas. Comuníquese con nosotros al 1-877-600-5472 o TTY 711 si tiene preguntas sobre esto. Podemos ayudarle a encontrar un proveedor que pueda prestar el servicio.

Acceso a la atención que necesita

Acceso significa que puede obtener la atención que necesita. Puede obtener acceso a la atención de una manera que satisfaga sus necesidades culturales y de idioma. Trillium Community Health Plan se asegurará de que su atención esté coordinada para satisfacer sus necesidades de acceso. Consulte las páginas [39-41](#) para obtener más información sobre la coordinación de la atención. Si Trillium Community Health Plan no trabaja con un proveedor que satisfaga sus necesidades de acceso, puede obtener estos servicios fuera de la red. Trillium Community Health Plan se asegura de que los servicios estén cerca de donde vive o cerca de donde desea recibir atención. Esto significa que hay suficientes proveedores en la zona y hay diferentes tipos de proveedores entre los que puede elegir.

Realizamos un seguimiento de nuestra red de proveedores para asegurarnos de tener la atención primaria y la atención especializada que necesita. También nos aseguramos de que tenga acceso a todos los servicios cubiertos en su zona.

Trillium Community Health Plan sigue las reglas estatales sobre qué tan lejos puede tener que viajar para acudir a un proveedor. Las reglas son diferentes según el proveedor que deba consultar y la zona en la que viva. Los proveedores de atención primaria son de “Nivel 1”, lo que significa que estarán más cerca de usted que un especialista, como Dermatología, que es de “Nivel 3”. Si vive en una zona retirada, le llevará más tiempo llegar a un proveedor que si vive en una zona urbana. Si necesita ayuda con el transporte de ida y vuelta a las citas, consulte la página [83](#).

La siguiente tabla enumera los niveles de los proveedores y el tiempo (en minutos) o la distancia (en millas) para llegar a su ubicación según su lugar de residencia.

	Zona urbana grande	Zona urbana	Zona rural	Condado con consideraciones extremas de acceso
Nivel 1	10 minutos o 5 millas	25 minutos o 15 millas	30 minutos o 20 millas	40 minutos o 30 millas
Nivel 2	20 minutos o 10 millas	30 minutos o 20 millas	75 minutos o 60 millas	95 minutos o 85 millas
Nivel 3	30 minutos o 15 millas	45 minutos o 30 millas	110 minutos o 90 millas	140 minutos o 125 millas

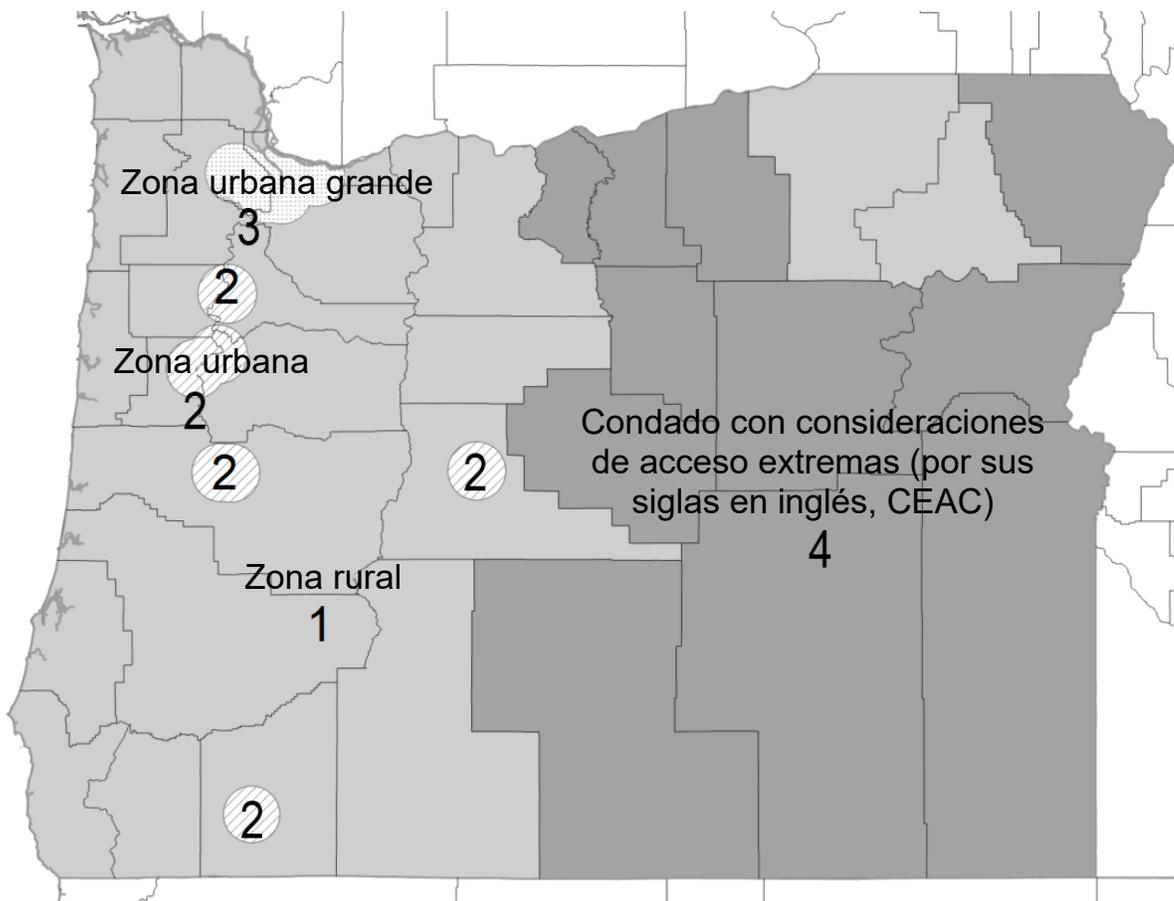
Para obtener más información sobre qué proveedores se encuentran en los diferentes niveles, visite el sitio web de Adecuación de la red de la Autoridad de Salud de Oregón (por sus siglas en inglés, OHA) en:

<https://www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/Pages/network.aspx>

¿No sabe en qué tipo de zona vive? Consulte el mapa en la página siguiente:

Tipos de zonas:

- **Zona urbana grande (3):** Zonas urbanas conectadas, como se definió antes, con un tamaño de población combinado mayor o igual a 1,000,000 personas, con una densidad de población mayor a 1,000 personas por milla cuadrada.
- **Zona urbana (2):** Menor o igual a 10 millas del centro de 40,000 o más.
- **Zona rural (1):** Más de 10 millas del centro de 40,000 o más con una densidad de población del condado superior a 10 personas por milla cuadrada.
- **Condado con preocupaciones extremas de acceso (4):** Condados con 10 o menos personas por milla cuadrada.



- Zona rural (1)
- ▨ Zona urbana (2)
- ▤ Zona urbana grande (3)
- Condado con consideraciones de acceso extremas (por sus siglas en inglés, CEAC) (4)

Figura 1: Mapa de las regiones geográficas de Oregón, según se define para la adecuación de la red. Las distinciones de zona incluyen: Urbana grande, Urbana, Rural y Condados con consideraciones de acceso extremas (CEAC).

Nuestros proveedores también se asegurarán de que tenga acceso físico, adaptaciones razonables y equipo accesible si tiene discapacidades físicas o mentales. Comuníquese con Trillium Community Health Plan al 1-877-600-5472 o TTY 711 para solicitar adaptaciones. Los proveedores también se aseguran de que el horario de atención sea el mismo para los afiliados de OHP y para todos los demás.

Cuánto tiempo se tarda en recibir atención

Trabajamos con los proveedores para asegurarnos de que lo vean, lo traten o lo remitan dentro de los plazos que se indican a continuación:

Tipo de atención	Plazo
Salud física	
Citas regulares	Dentro de las 4 semanas.
Atención de urgencia	Dentro de las 72 horas o según lo indicado en la evaluación inicial.
Atención de emergencia	Inmediatamente o remisión a un departamento de emergencias, según la afección.
Atención bucal y odontológica para niños y personas no embarazadas	
Citas regulares de salud bucal	Dentro de las 8 semanas, a menos que exista una razón clínica para esperar más tiempo.
Atención odontológica de urgencia	Dentro de las 2 semanas.
Servicios odontológicos de emergencia	En observación o con tratamiento durante 24 horas.
Atención bucal odontológica para personas embarazadas	
Atención bucal de rutina	Dentro de las 4 semanas, a menos que exista una razón clínica para esperar más tiempo.
Atención odontológica de urgencia	Dentro de 1 semana.
Servicios odontológicos de emergencia	En observación o con tratamiento durante 24 horas.
Salud del comportamiento	
Atención de rutina de la salud del comportamiento para poblaciones no prioritarias	Evaluación dentro de los 7 días de la solicitud, con una segunda cita programada según corresponda clínicamente.
Atención de salud del comportamiento urgente para todas las poblaciones:	Dentro de las 24 horas.

Tipo de atención	Plazo
Atención de salud del comportamiento especializada para poblaciones prioritarias*	
Embarazadas, veteranos y sus familias, personas con niños, cuidadores no remunerados, familias y niños de 0 a 5 años, afiliados con VIH/SIDA o tuberculosis, afiliados en riesgo de un primer episodio de psicosis y población con discapacidades intelectuales/del desarrollo	Evaluación e ingreso inmediato. Si se requieren servicios provisionales porque no hay proveedores con visitas, el tratamiento al nivel adecuado de atención debe realizarse dentro de los 120 días a partir de la fecha en que se coloca al paciente en una lista de espera.
Consumidores de drogas intravenosas, incluida la heroína	Evaluación e ingreso inmediato. La admisión para los servicios en un nivel de atención residencial se requiere dentro de los 14 días de la solicitud, o se coloca dentro de los 120 días cuando se coloca en una lista de espera porque no hay proveedores disponibles.
Trastorno por consumo de opioides	Evaluación e ingreso en 72 horas.
Tratamiento asistido por medicamentos	Tan pronto como sea posible, pero no más de 72 horas para la evaluación y el ingreso.

*Para servicios especializados de atención de la salud del comportamiento si no hay una habitación o un lugar libres:

- Se le pondrá en una lista de espera.
- Recibirá otros servicios dentro de las 72 horas.
- Estos servicios serán temporales hasta que haya una habitación o un lugar libres.

Si tiene alguna pregunta sobre el acceso a la atención, llame a Servicio al Cliente al 1-877-600-5472 o TTY 711.

Beneficios integrales y preventivos para afiliados menores de 21 años

El programa de Detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (EPSDT) brinda servicios integrales y preventivos de atención de salud para afiliados al OHP desde el nacimiento hasta los 21 años. Este programa le brinda la atención que necesita para su salud y desarrollo. Estos servicios pueden detectar y ayudar con inquietudes tempranas, tratar enfermedades y apoyar a los niños con discapacidades.

No es necesario que se inscriba por separado en EPSDT; si es menor de 21 años y está inscrito en el OHP, recibirá estos beneficios. Comuníquese con Trillium Community Health Plan para obtener más información.

A partir de 2025, los adultos jóvenes con necesidades especiales de atención médica (de 19 a 25 años) también reúnen los requisitos para recibir los beneficios de EPSDT.

EPSDT cubre lo siguiente:

- Cualquier servicio necesario para encontrar o tratar enfermedades, lesiones u otros cambios en la salud.
- Exámenes médicos, pruebas de detección y servicios de diagnóstico del “niño sano” o “consulta de bienestar del adolescente” para determinar si hay alguna afección física, bucal/dental, del desarrollo y de salud mental para los afiliados menores de 21 años.
- Remisiones, tratamiento, terapia y otras medidas para ayudar con cualquier afección descubierta.

Para los afiliados menores de 21 años, Trillium Community Health Plan debe cubrir lo siguiente:

- Exámenes y evaluaciones programadas periódicamente de salud física, mental, del desarrollo, salud bucal/dental, crecimiento y estado nutricional.
 - Si su Trillium Community Health Plan no cubre la salud bucal/dental, aún puede obtener estos servicios a través de OHP llamando al 1-800-273-0557.
- Todos los servicios médicamente necesarios y médicamente apropiados deben estar cubiertos para los afiliados menores de 21 años, independientemente de si estuvieron cubiertos en el pasado (esto incluye cosas que están “por debajo de la línea” en la Lista prioritaria). Para obtener más información sobre la Lista prioritaria, consulte la página [42](#).

Según EPSDT, Trillium Community Health Plan no negará un servicio sin comprobar primero si es médicamente necesario y apropiado para usted.

- *Médicamente necesario* generalmente significa un tratamiento que se requiere para prevenir, diagnosticar o tratar una afección, o para apoyar el crecimiento, el desarrollo, la independencia y la participación en la escuela.
- *Médicamente apropiado* generalmente significa que el tratamiento es seguro, eficaz y le ayuda a participar en la atención y las actividades. Trillium Community Health Plan puede optar por cubrir la opción menos costosa que funcione para usted.

Siempre debe recibir un aviso por escrito cuando se le niega algo, y tiene derecho a apelar si no está de acuerdo con la decisión. Consulte la página [126](#) para obtener más información.

Esto incluye *todos* los servicios:

- Salud física
- Salud del comportamiento
- Salud dental
- Necesidades de atención sociosanitaria

Si usted o su familiar necesita servicios de EPSDT, trabaje con su proveedor de atención primaria (PCP) o hable con un coordinador de atención llamando al 1-877-600-5472 o TTY 711. Puede ayudarlo a obtener la atención que necesita. Si algún servicio necesita aprobación, se encargará de eso. Trabaje con su dentista de atención primaria para cualquier servicio dental necesario. Todos los servicios de EPSDT son gratuitos.

Ayuda para obtener servicios de EPSDT

- Llame a Servicio al Cliente al 1-877-600-5472 o TTY 711.
- Llame a su DCO (consulte la tarjeta de identificación para ver el nombre y el número de teléfono de la DCO) para programar servicios dentales o para obtener más información.
- Puede obtener traslados de ida y vuelta gratuitos para una consulta cubierta al proveedor de EPSDT. Para programar un traslado o para obtener más información, llame al 1-877-583-1552.
- También puede preguntar a su PCP o visitar nuestro sitio web en www.trilliumohp.com para obtener una copia del programa de periodicidad. Este programa le indica cuándo los niños necesitan ver a su PCP.

Evaluaciones de detección

Las consultas de detección cubiertas se ofrecen en intervalos apropiados para la edad (incluyen consultas de control para niños o para adolescentes).

Trillium Community Health Plan y su PCP siguen las pautas de la Academia Americana de Pediatría y Bright Futures para todas las pruebas de detección de atención preventiva y consultas de niño sano. Bright Futures se puede encontrar en: <https://www.aap.org/brightfutures>. Puede utilizar el [Planificador de consultas de bienestar](#) para prepararse para estos chequeos.

Su PCP le ayudará a acceder a estos servicios y al tratamiento cuando lo requieran las pautas.

Las consultas de detección incluyen:

- Evaluación de detección del desarrollo.
- Análisis de plomo:
 - Los niños deben someterse a pruebas de detección de plomo en la sangre a los 12 y 24 meses de edad. Cualquier niño entre las edades de 24 y 72 meses sin antecedentes de una evaluación previa de detección de plomo en la sangre debe hacerse una.
 - Completar un cuestionario de evaluación de riesgos no cumple con el requisito de evaluación de detección de plomo para niños en OHP. Todos los niños con envenenamiento por plomo pueden obtener servicios de administración de casos de seguimiento.
- Otras pruebas de laboratorio necesarias (como prueba de anemia, prueba de células falciformes y otras) según la edad y el riesgo.
- Evaluación del estado nutricional.
- Examen físico general sin ropa con inspección de dientes y encías.
- Historial completo de salud y desarrollo (incluida la revisión del desarrollo de la salud física y mental).
- Vacunas que cumplan con los estándares médicos:
 - Programa de vacunación infantil (desde el nacimiento hasta los 18 años): https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/child-adolescent-age.html?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/imz/child-adolescent.html
 - Programa de vacunación para adultos (mayores de 19 años): https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/adult-age.html?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/imz/adult.html
- Orientación y educación en salud para padres e hijos.
- Remisiones para tratamiento de salud física y mental médicamente necesario.
- Pruebas de audición y visión necesarias.
- Y otro.

Las consultas cubiertas también incluyen chequeos o exámenes no programados que pueden realizarse en cualquier momento debido a una enfermedad o un cambio en la salud o el desarrollo.

Remisión, diagnóstico y tratamiento de EPSDT

Su proveedor de atención primaria puede remitirlo si encuentra una afección de salud física, mental, de abuso de sustancias o dental. Otro proveedor lo ayudará con más diagnósticos o tratamientos.

El proveedor de evaluaciones explicará la necesidad de la remisión al niño y al padre o tutor. Si está de acuerdo con la remisión, el proveedor se encargará de los trámites. Trillium Community Health Plan u OHP también ayudarán con la coordinación de la atención, según sea necesario.

Las evaluaciones pueden necesitar de los siguientes servicios, entre otros:

- Diagnóstico y tratamiento de deficiencias en la visión y la audición, incluidos anteojos y audífonos.
- Atención dental, tan pronto como sea posible respecto de la edad, para el alivio del dolor y las infecciones, la restauración de los dientes y el mantenimiento de la salud dental.
- Vacunas (si se determina en el momento de la evaluación que se necesita una vacuna y que es apropiado proporcionarla en el momento de la evaluación, entonces se debe proporcionar el tratamiento de la vacuna en ese momento).

Estos servicios deben brindarse a afiliados elegibles menores de 21 años que los necesiten. Los tratamientos que están “por debajo de la línea” en la Lista prioritaria de servicios de salud están cubiertos para los afiliados menores de 21 años si son médicamente necesarios y apropiados desde el punto de vista médico para esa persona (consulte más información arriba).

- Si le informamos que OHP no cubre el servicio, usted todavía tiene el derecho de impugnar esa decisión al presentar una apelación y solicitar una audiencia. Consulte la página [128](#).

Trillium Community Health Plan brindará ayuda de remisión a los afiliados o sus representantes para servicios sociales, programas educativos, programas de asistencia nutricional y otros servicios.

Para obtener más información sobre la cobertura de EPSDT, puede visitar www.Oregon.gov/EPSDT y ver una hoja informativa para afiliados. Trillium Community Health Plan también cuenta con información en <https://www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/Benefits-and-Services/early-and-periodic-screening-diagnosis-and-treatment.html>.

Trabajadores de salud tradicionales (THW)

Los trabajadores de salud tradicionales (THW) brindan apoyo y ayuda con las preguntas que tenga sobre su atención de salud y sus necesidades sociales. Ayudan en la comunicación entre sus proveedores de atención de salud y otras personas implicadas en su atención. También pueden conectarlo con personas y servicios en la comunidad que pueden ayudarlo.

Hay varios tipos de trabajadores de salud tradicionales:

- **Doula para el parto:** Una persona que ayuda a las personas y sus familias con apoyo personal no médico. Brindan ayuda durante el embarazo, el parto y después del nacimiento del bebé.
- **Trabajador comunitario de la salud (por sus siglas en inglés, CHW):** Un trabajador comunitario de la salud entiende a la gente y la comunidad en la que vive. Lo ayuda a acceder a los servicios comunitarios y de salud. Un trabajador comunitario de la salud lo ayuda a iniciar comportamientos saludables. Por lo general, comparte su origen étnico, idioma o experiencias de vida.
- **Asesor de salud personal (por sus siglas en inglés, PHN):** Una persona que brinda información, herramientas y apoyo para ayudarlo a tomar las mejores decisiones sobre su salud y bienestar, según su situación.
- **Especialista en apoyo de pares (por sus siglas en inglés, PSS):** Una persona con experiencias de vida en relación con la salud mental o la adicción y la recuperación. Un PSS también puede haber sido un apoyo para un familiar con problemas de salud mental o que recibe tratamiento de adicciones. Brinda apoyo, aliento y ayuda a quienes enfrentan adicciones y problemas de salud mental.
- **Especialista en el bienestar de pares (por sus siglas en inglés, PWS):** Una persona que trabaja como parte de un equipo de salud en el hogar y habla en su nombre y en el de sus necesidades. Apoya la salud general de las personas de su comunidad y puede ayudarlo a recuperarse de una adicción, un problema de salud mental o una afección física.

Los THW pueden ayudar con muchas cosas, tales como:

- Trabajar con usted y su coordinador de atención para encontrar un nuevo proveedor.
- Recibir la atención que busca y necesita.
- Conectarlo con otros para explicarle sus beneficios.
- Proporcionar información sobre servicios y apoyo de salud mental o adicciones.
- Información y remisión sobre recursos comunitarios que podría utilizar.
- Ser alguien de la comunidad con quien hablar.
- Acompañarlo a las citas con el proveedor.

Como afiliado en Trillium Community Health Plan, es elegible para consultar a un trabajador de salud tradicional si lo desea. No necesita una remisión para consultar a un trabajador de salud tradicional. Lo ayudaremos a conectarse con un grupo o una persona que pueda ayudarlo con sus necesidades. Comuníquese con nuestro THW intermediario para solicitar servicios de THW o para obtener más información sobre los THW y cómo usar sus servicios.

Información de contacto del THW intermediario:

Kristinia Rogers, intermediaria sénior del trabajador de salud tradicional
Lamar Tillman, coordinador de Trabajadores de Salud Tradicionales
Correo electrónico: THW@TrilliumCHP.com
Teléfono: 1-877-600-5472 o TTY 711

Si cambiamos la información de contacto del THW intermediario, puede encontrar información actualizada en nuestro sitio web, www.trilliumohp.com

Servicios adicionales

Servicios relacionados con la salud

Los servicios relacionados con la salud (HRS) son servicios adicionales que ofrece Trillium Community Health Plan que no son beneficios regulares de OHP. Los HRS ayudan a mejorar la salud y el bienestar de los afiliados y de la comunidad. Los HRS incluyen servicios flexibles para los afiliados e iniciativas de beneficio comunitario para la comunidad en general. Debido a que los HRS no son beneficios regulares de OHP, los afiliados no tienen derechos de apelación para los HRS de la misma manera que los tienen para los servicios cubiertos.

Servicios flexibles

Los servicios flexibles son artículos o servicios que ayudan a los afiliados a mantenerse o volverse más saludables. Trillium Community Health Plan ofrece estos servicios flexibles:

- Apoyos alimentarios, como entrega de comestibles, cupones de alimentos o comidas médicamente adaptadas.
- Apoyos de vivienda a corto plazo, como depósitos de alquiler para cubrir los costos de mudanza, apoyo de alquiler por un período corto de tiempo o tarifas de instalación de servicios públicos.
- Vivienda o refugio temporal durante la recuperación de una hospitalización.
- Artículos que apoyan comportamientos saludables, como ropa o calzado deportivo.
- Teléfonos móviles o dispositivos para acceder a telesalud o aplicaciones de salud.

- Otros artículos que lo mantengan saludable, como un aire acondicionado o un dispositivo de filtración de aire.

Obtenga más información sobre los servicios relacionados con la salud en <https://sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/le4329.pdf>

Cómo obtener servicios flexibles para usted o un familiar

Puede trabajar con su proveedor para solicitar servicios flexibles o puede llamar a Servicio al Cliente al 1-877-600-5472 (TTY 711) para recibir un formulario de solicitud en el idioma o formato que se ajuste a sus necesidades.

Los servicios flexibles no son un beneficio cubierto para los afiliados y las CCO no están obligadas a proporcionarlos. Las decisiones de aprobar o denegar las solicitudes de servicios flexibles se toman en función de cada caso. Si se deniega su solicitud de servicio flexible, recibirá una carta que le explicará qué opciones tiene. No puede apelar una denegación de servicio flexible, pero tiene derecho a presentar una queja. Obtenga más información sobre apelaciones y quejas en la página [126](#).

Si tiene OHP y tiene problemas para obtener atención, comuníquese con el Programa de Defensoría de la OHA. Los defensores del pueblo son defensores de los afiliados de OHP y harán todo lo posible para ayudarlo. Envíe un correo electrónico a OHA.OmbudsOffice@odhsoha.oregon.gov o deje un mensaje al 877-642-0450.

Otro recurso de apoyo y servicios en su comunidad es 211 Info. Llame al 2-1-1 o vaya al sitio web www.211info.org para obtener ayuda.

Iniciativas de beneficio comunitario

Las iniciativas de beneficio comunitario son fondos para programas y para la comunidad en general, incluidos los afiliados de la CCO, para mejorar la salud y el bienestar de la comunidad.

Las iniciativas de beneficio comunitario son servicios y ayudas destinados a los afiliados y a la comunidad en general para mejorar la salud y el bienestar de la comunidad. Trillium Community Health Plan ofrece oportunidades de iniciativas de beneficio comunitario. Nuestros planes regionales de mejora de la salud comunitarios tienen como objetivo apoyar muchos aspectos de la equidad en la salud y los determinantes sociales de la salud.

Algunos ejemplos de otras iniciativas de beneficio comunitario son los siguientes:

- Clases de educación para padres y apoyo familiar.
- Programas comunitarios que ayudan a las personas a acceder a frutas y verduras frescas a través de los mercados de agricultores.

- Programas comunitarios que ayudan a las personas a conseguir o mantener una vivienda segura y estable.
- Mejoras en el transporte activo, como carriles para bicicletas y aceras seguros.
- Programas escolares que favorecen un entorno enriquecedor para mejorar la salud socioemocional y el aprendizaje académico de los estudiantes.
- Capacitación para maestros y organizaciones comunitarias específicas para niños sobre prácticas informadas sobre trauma.

Puntos de acceso abierto

En la mayoría de las regiones de Oregón, tenemos acuerdos especiales con Centros de Salud Federalmente Calificados (por sus siglas en inglés, FQHC) y Centros de Salud Comunitarios Rurales (por sus siglas en inglés, RCHC). Estos acuerdos especiales permiten a nuestros afiliados ser atendidos en este tipo de centros sin estar asignados a ellos y sin necesidad de remisión.

Si desea recibir atención de salud bucal en uno de estos tipos de centros, puede llamar al centro y preguntar si trabajan con su DCO como “Punto de acceso abierto”. También puede llamar a Servicio al Cliente y solicitar una lista actualizada de los Puntos de acceso abierto de su región.

Transporte gratuito para recibir atención

Transporte gratuito a las citas para todos los afiliados de Trillium Community Health Plan

Si necesita ayuda para llegar a una cita, llame a Medical Transportation Management (MTM) para solicitar un traslado gratuito. Puede obtener transporte gratuito a cualquier visita de atención física, odontológica, a la farmacia o de salud del comportamiento que esté cubierta por Trillium Community Health Plan.

Usted o su representante pueden solicitar un traslado. Puede que le demos un boleto de autobús o dinero para un taxi o que un conductor lo recoja. Podríamos pagarle el combustible a usted o a un familiar o amigo para que lo lleve. Este servicio no tiene ningún costo. Trillium Community Health Plan nunca le facturará los traslados hacia o desde el centro de atención cubierta.

Para recibir el reembolso

Llame a Medical Transportation Management (MTM) antes de su traslado a la cita para solicitar aprobación previa.

Es posible que necesite formularios que deba llevar a su cita. El servicio de transporte se los proporcionará. En el consultorio de su médico deben completar y firmar los formularios.

Devuélvale los formularios completados al servicio de transporte dentro de los 45 días posteriores a su cita. No se le pagará si presenta los formularios fuera de plazo.

Programe un traslado

Llame a Medical Transportation Management (MTM) al 877-583-1552 (TTY 711).
Horario de atención: De domingos a sábados, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Días festivos cerrados: Año Nuevo, Día de los Caídos, Día de la Independencia, Día del Trabajo, Día de Acción de Gracias y Navidad.

Llame al menos 2 días hábiles antes de la cita para programar un traslado. Esto ayudará a garantizar que podamos satisfacer sus necesidades de transporte. Puede obtener un traslado el mismo día o al día siguiente. Llame a Medical Transportation Management (MTM).

Usted o alguien que usted conoce puede programar más de un traslado a la vez para diversas citas. Puede programar traslados para próximas citas con hasta 90 días de antelación.

Qué esperar cuando llame

Medical Transportation Management cuenta con personal de atención telefónica que puede ayudarlo con los traslados en el idioma que prefiera y de una forma que pueda entender. Esta ayuda es gratuita.

La primera vez que llame, le informaremos sobre el programa y hablaremos sobre sus necesidades de transporte. Le preguntaremos por su capacidad física y si necesita que alguien lo acompañe.

Cuando llame para programar un traslado, en Medical Transportation Management le preguntarán lo siguiente:

- Su nombre completo.
- Su dirección y número de teléfono.
- Su fecha de nacimiento.
- Nombre del médico o clínica que debe visitar.
- Fecha de la cita.
- Hora de la cita.
- Hora de recogida después de la cita.
- Si necesita que lo ayude un asistente.

- Si tiene alguna otra necesidad especial (como una silla de ruedas o un animal de servicio).

Medical Transportation Management comprobará si se encuentra activo con Trillium Community Health Plan y si su cita es para un servicio cubierto. Recibirá más información sobre su traslado en un plazo de 24 horas. Recibirá información sobre su solicitud de traslado de la manera que elija (llamada telefónica, correo electrónico, fax).

Si solicita un traslado con menos de dos (2) días de antelación a la hora de recogida programada, le daremos el número de teléfono de la empresa que organizará su recogida. También podemos darle el nombre y número de teléfono del conductor que lo recogerá.

Punto de recogida y destino

Recibirá el nombre y el número de la empresa de transporte o del conductor antes de su cita. El conductor se pondrá en contacto con usted al menos 2 días antes del traslado para confirmar los detalles. Lo recogerán a la hora programada. Le rogamos que sea puntual. Si se retrasa, lo esperarán 15 minutos después de la hora programada. Esto significa que si su traslado está programado para las 10:00 a. m., lo esperarán hasta las 10:15 a. m.

Lo dejarán en su cita al menos 15 minutos antes de que comience.

- **Primera cita del día:** Lo dejaremos como máximo 15 minutos antes de que abra el consultorio.
- **Última cita del día:** Lo recogeremos como máximo 15 minutos después del cierre del consultorio, a menos que se prevea que la cita no finalizará en los 15 minutos siguientes al cierre.
- **Cómo pedir más tiempo:** Debe pedir que lo recojan antes o que lo dejen después de estos horarios. Su representante, su padre/madre o tutor también pueden pedirnoslo.
- **Llame si el conductor no ha llegado 10 minutos después de la hora de recogida:** Si el conductor no ha llegado 10 minutos después de la hora de recogida programada, llame a la compañía de transporte. El personal le informará si el conductor está en camino. Los conductores deben informar al despachador antes de salir del lugar de recogida.

- **Llame si no tiene un horario en que haya que recogerlo:** Si no hay un horario programado para recogerlo cuando vuelva, llámenos cuando esté listo. El conductor estará allí una hora después de que llame.

Medical Transportation Management es un programa de traslados compartidos. Es posible que se recoja y se deje a otras personas en el camino. Si tiene varias citas, es posible que le pidan que las programe para el mismo día. Esto nos ayudará a hacer menos viajes.

Puede pedirle a un amigo o a un familiar que lo lleve a la cita. Pueden recibir un reembolso (un pago) por los kilómetros que conducen.

Tiene derechos y responsabilidades como conductor:

Tiene derecho a:

- Tener un viaje seguro y confiable que se adapte a sus necesidades.
- Que lo traten con respeto.
- Pedir servicios de interpretación cuando hable con Servicio al Cliente.
- Recibir materiales en un idioma o en un formato que se adapte a sus necesidades.
- Recibir un aviso por escrito cuando se deniega un viaje.
- Presentar una queja sobre su experiencia del viaje.
- Pedir una apelación, una audiencia, o pedir ambas si siente que le denegaron un servicio de viaje injustamente.

Sus responsabilidades son las siguientes:

- Tratar a los conductores y a otros pasajeros con respeto.
- Llámarnos lo antes posible para programar, cambiar o cancelar un viaje.
- Usar cinturón y otros equipos de seguridad según lo exige la ley (por ejemplo: asientos del auto).
- Pedir paradas adicionales con antelación, como la farmacia.

Cancelar o cambiar su traslado

Llame a Medical Transportation Management al menos dos horas antes del horario de recogida cuando sepa que necesita cancelar o reprogramar su viaje. Puede llamar a Medical Transportation Management de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Deje un mensaje si no puede llamar durante el horario de atención. Llame a Medical Transportation Management si tiene preguntas o si tiene que cambiar el viaje.

Qué sucede cuando no se presenta

Una “ausencia” significa que no está listo para que lo recojan a horario. El conductor esperará al menos 15 minutos después del horario de recogida programado antes de irse. Podemos restringir sus viajes futuros si tiene demasiadas ausencias.

Si tiene una restricción, quiere decir que podemos limitar la cantidad de traslados que puede hacer, limitarlo a un solo conductor o exigirle que llame antes de cada viaje.

Qué sucede si se le deniega el viaje

Recibirá una llamada para hacerle saber que se le denegó el viaje. Dos miembros del equipo revisan todas las denegaciones antes de enviarlas. Si se le deniega el viaje, le enviaremos una carta de denegación por correo dentro de las 72 horas posteriores a la decisión. En el aviso, se indica la regla y el motivo de la denegación.

Puede pedir una apelación al Trillium Community Health Plan si no está de acuerdo con la denegación. Tiene 60 días desde la fecha del aviso de denegación para solicitar una apelación. Después de la apelación, si la denegación se mantiene, también tiene derecho a solicitar una audiencia ante el estado.

También le enviaremos una carta por correo a su proveedor, si el proveedor forma parte de nuestra red de proveedores y solicitó el transporte en su nombre. Tiene derecho a presentar una queja o una queja formal en cualquier momento, incluso si ya ha presentado una queja. Estos son algunos ejemplos de una queja o una queja formal:

- Inquietudes sobre la seguridad del vehículo.
- Calidad de los servicios.
- Interacciones con conductores y proveedores (como mala educación).
- No se proporcionó el servicio de traslado solicitado como estaba previsto.
- Derechos del consumidor.

Obtenga más información sobre quejas, quejas formales, apelaciones y audiencias en la página [126](#).

Guía para pasajeros

Obtenga la Guía del pasajero de Medical Transportation Management en: <https://www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/Benefits-and-Services/transportation.html>. Usted o su representante también pueden llamar a Servicio al Cliente al 1-877-600-5472 para pedir una copia en papel gratis. La recibirá en 5 días hábiles. La copia en papel puede estar en el idioma y el formato que prefiera.

La guía tiene más información como la siguiente:

- Sillas de ruedas y ayuda con la movilidad.
- Seguridad del vehículo.
- Obligaciones y reglas del conductor.
- Qué hacer ante una emergencia o si hay mal tiempo.
- Citas a larga distancia.
- Reembolso de comidas y alojamiento.

Obtener atención por video o por teléfono

La telesalud (también conocida como telemedicina y teledentística) es una forma en la que puede recibir atención sin ir a la clínica o al consultorio. Telesalud significa que puede asistir a su cita por llamada telefónica o por videollamada. Trillium Community Health Plan cubrirá las visitas de telesalud. La telesalud le permite hacer una consulta a su proveedor usando lo siguiente:

- Teléfono (audio)
- Teléfono inteligente (audio/video)
- Tableta (audio/video)
- Computadora (audio/video)

Si no tiene acceso a Internet o a video, hable con su proveedor para saber qué le conviene.

Cómo encontrar proveedores de telesalud

No todos los proveedores ofrecen servicios de telesalud. Debe preguntar sobre la telesalud cuando llama para programar una consulta.

También puede consultar nuestra herramienta de búsqueda Buscar un proveedor en www.trilliumohp.com. Puede filtrar la lista de proveedores marcando la casilla “Telehealth” (Telesalud) que se muestra en la imagen de la derecha. Esta lista no está completa, por lo que también puede llamar a su proveedor para preguntar si ofrece servicios de telesalud.

Si tiene problemas con el audio o el video en la consulta de telesalud, asegúrese de consultarlo con su proveedor.

Filter Options

Distance

25 Mile Search Radius

Additional Practitioner Languages

Click to View Options

Additional Office Languages

Click to View Options

Gender

Click to View Options

Pharmacy Types

Click to View Options

Provider Type

Either

Office Features

Accepting New Patients

Extended Day Supply

Open After 5:00 PM

Open Weekends

Patient Centered Medical Home

Telehealth

Vaccines Offered

Additional Search Options

Cuándo usar el servicio de telesalud

Los afiliados del Trillium Community Health Plan que usan telesalud tienen derecho a recibir los servicios de salud física, odontológica y del comportamiento que necesitan.

Estos son algunos ejemplos de cuándo se puede usar la telesalud:

- Cuando su proveedor quiere hacer una consulta antes de renovar una receta médica.
- Servicios de asesoramiento.
- Seguimiento de una consulta en persona.
- Cuando tiene preguntas médicas de rutina.
- Si está en cuarentena o mantiene el distanciamiento social por una enfermedad.
- Si está temporalmente fuera de casa y no puede reunirse con su médico en persona.
- Si no está seguro de si necesita ir a la clínica o al consultorio.

No se recomienda la telesalud para emergencias. Si siente que su vida está en peligro, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Consulte la página [94](#) para ver una lista de hospitales con salas de emergencias.

Si no sabe qué servicios de telesalud o qué opciones tiene su proveedor, llámelo y haga la consulta.

Las consultas de telesalud son privadas

Los servicios de telesalud que ofrece su proveedor son privados y seguros. Cada proveedor tendrá su propio sistema para consultas de telesalud, pero cada sistema debe cumplir la ley.

Trillium Community Health Plan también ofrece servicios de telesalud a través de Teladoc. Necesitará registrarse en Teladoc para acceder a sus servicios en <https://member.teladoc.com/trilliumchp>. El número de teléfono de Teladoc es 1-800-835-2362. Teladoc está disponible las 24 horas, los 7 días de la semana para problemas médicos que no sean de emergencia.

Obtenga más información sobre la privacidad y la Ley sobre Responsabilidad y Transferibilidad del Seguro de Salud (por sus siglas en inglés, HIPAA) en la página [12](#).

Asegúrese de responder la llamada en un lugar privado o donde nadie pueda escuchar la consulta con su proveedor.

Tiene derecho a lo siguiente:

- Obtener servicios de telesalud en el idioma que necesita.
- Contar con proveedores que respeten su cultura y sus necesidades lingüísticas.
- Obtener servicios de interpretación calificados y certificados para usted y su familia. Obtenga más información en la página [4](#).
- Obtener consultas en persona, no solo consultas de telesalud.
 - Trillium Community Health Plan se asegurará de que pueda elegir cómo realizar las consultas. Un proveedor no puede obligarlo a utilizar la telesalud a menos que haya un estado de emergencia declarado o que un centro haya activado su plan ante desastres.
- Obtener ayuda y tener las herramientas que necesita para la telesalud.
 - Trillium Community Health Plan le ayudará a identificar qué herramienta de telesalud es mejor para usted.
 - Trillium Community Health Plan se asegurará de que su proveedor realice una evaluación para comprobar si la telesalud es adecuada para usted. Esto incluye, entre otros, lo siguiente:
 - Necesidad de un formato alternativo
 - Acceso a los dispositivos necesarios
 - Acceso a un lugar privado y seguro
 - Acceso al servicio de Internet
 - Comprensión de los dispositivos digitales
 - Inquietudes culturales

Hable con su proveedor sobre telesalud. Si necesita o prefiere consultas en persona y su proveedor solo es un proveedor de telesalud, infórmele. Este puede remitirlo a otro proveedor e informarle a Trillium Community Health Plan. Usted puede elegir cómo recibir su atención y Trillium Community Health Plan puede ayudarlo a coordinar la atención con otro proveedor. También puede llamar a Servicio al Cliente al 1-877-600-5472 (TTY 711). Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Lugares de acceso a la telesalud

Estas oficinas cuentan con áreas privadas y equipos para que usted pueda reunirse con otros proveedores a través de telesalud.

Central City Concern: cuatro ubicaciones

Blackburn Center: 12121 E Burnside St, Portland, OR 97216

Cedar Commons: 11450 SE Division St, Portland, OR 97266

Old Town Clinic: 727 W Burnside St, Portland, OR 97209

River Haven Clinic: 5019 NE 102nd Ave, Portland, OR 97220

Medicamentos con receta médica

Para renovar una receta médica, puede ir a cualquier farmacia de la red de Trillium Community Health Plan. Puede encontrar una lista de las farmacias con las que trabajamos en nuestro Directorio de proveedores en: www.trilliumohp.com/find-a-provider.html.

Para todos los medicamentos recetados cubiertos por Trillium Community Health Plan, lleve a la farmacia:

- Receta médica
- Su tarjeta de identificación de Trillium Community Health Plan
- Tarjeta de identificación de Oregon Health
- Comprobante de cualquier otra cobertura, como una tarjeta de identificación de la Parte D de Medicare o una tarjeta de seguro privado

Si no las lleva, es posible que no pueda renovar una receta médica.

Recetas cubiertas

La lista de medicamentos cubiertos de Trillium Community Health Plan está disponible en: <https://www.trilliumohp.com/members/oregon-health-plan/pharmacy-program.html>.

Si no está seguro de si su medicamento está en la lista, llámenos. Lo comprobaremos por usted. Si su medicamento no está en la lista, infórmeselo a su proveedor. Su proveedor puede pedirnos que lo cubramos.

Trillium Community Health Plan debe aprobar algunos medicamentos de la lista antes de que su farmacia pueda surtirlos. Para estos medicamentos, su proveedor nos pedirá que los aprobemos.

Trillium Community Health Plan también cubre algunos medicamentos de venta libre (OTC) cuando su proveedor o farmacia se los receta. Los medicamentos OTC son los que compraría habitualmente en una tienda o farmacia sin una receta médica, como la aspirina.

Cómo solicitarle a Trillium Community Health Plan que cubra un medicamento con receta médica

Cuando su proveedor le solicita a Trillium Community Health Plan que apruebe o cubra una receta:

- Los médicos y farmacéuticos de Trillium Community Health Plan revisarán la solicitud de su proveedor.
- Tomaremos una decisión en el plazo de 24 horas.
- Si necesitamos más información para tomar la decisión, puede demorar 72 horas.

Si Trillium Community Health Plan decide no cubrir el medicamento recetado, recibirá una carta de Trillium Community Health Plan. La carta explicará lo siguiente:

- Su derecho a apelar la decisión.
- Cómo solicitar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.
 - La carta también tendrá un formulario que puede utilizar para solicitar una apelación.

Llame a Trillium Community Health Plan al 1-877-600-5472 (TTY 711) si tiene preguntas.

Farmacia de pedido por correo

Express Scripts Pharmacy puede enviar algunos medicamentos por correo a su domicilio. Este servicio se llama farmacia de pedido por correo. Si le resulta difícil recoger su medicamento recetado en una farmacia, la farmacia de pedido por correo puede ser una buena opción. Llame a Trillium Community Health Plan al 1-877-600-5472 (TTY 711) para lo siguiente:

- Obtener más información sobre la farmacia de pedidos por correo
- Coordinar con una farmacia de pedidos por correo

El OHP paga los medicamentos de salud del comportamiento

Trillium Community Health Plan no paga la mayoría de los medicamentos utilizados para tratar afecciones de salud del comportamiento. En cambio, el OHP los paga. Si necesita medicamentos para la salud del comportamiento:

- Trillium Community Health Plan y su proveedor le ayudarán a obtener los medicamentos que necesite.

- La farmacia envía la factura de su receta médica directamente a OHP. El Trillium Community Health Plan y su proveedor le ayudarán a obtener los medicamentos para la salud del comportamiento que necesite. Si tiene preguntas, hable con su proveedor. También puede llamar a Servicio al Cliente de Trillium Community Health Plan al 1-877-600-5472 (TTY 711).

Cobertura de recetas médicas para afiliados con Medicare

Trillium Community Health Plan y el OHP no cubren los medicamentos que cubre la Parte D de Medicare.

Si califica para la Parte D de Medicare, pero decide no inscribirse, deberá pagar estos medicamentos.

Si tiene la Parte D, muestre la tarjeta de identificación de Medicare y la tarjeta de identificación de Trillium Community Health Plan en la farmacia.

Si la Parte D de Medicare no cubre su medicamento, su farmacia puede facturar a Trillium Community Health Plan. Si el OHP cubre el medicamento, Trillium Community Health Plan pagará por ello.

Obtenga más información sobre los beneficios de Medicare en la página [112](#).

Obtener recetas antes de un viaje

Si planea viajar fuera del estado, asegúrese de tener suficientes medicamentos para el viaje. Para hacerlo, solicite obtener un resurtido de su receta con anticipación. A esto se lo llama anulación de vacaciones. Llame a Trillium Community Health Plan al 1-877-600-5472 (TTY 711) para saber si esta es una buena opción para usted.

Hospitales

Trabajamos con los siguientes hospitales para ofrecer atención hospitalaria. Puede recibir atención de emergencia en cualquier hospital. Algunos hospitales ofrecen una sala de emergencias completa para ayudar a alguien que atraviesa una crisis de salud física o del comportamiento, pero usted puede acudir a cualquier hospital para obtener ayuda.

Gresham

Legacy Mount Hood Medical Center

Solo de salud física

24800 SE Stark St, Portland, OR 97030

Teléfono: 503-674-1122

Hillsboro

OHSU Hillsboro Medical Center

Solo de salud física

335 SE 8th Ave, Hillsboro, OR 97213

Teléfono: 503-681-1111

Portland

Legacy Emanuel Hospital & Health Center

Salud física para adultos

2801 N Gantenbein Ave, Portland, OR 97210

*Ingrese por N Morris St, estacionamiento designado para emergencias.

Teléfono: 503-413-2200

Randall Children's Hospital

Salud física y del comportamiento pediátrica

2801 N Gantenbein Ave, Portland, OR 97210

*Justo al este de la sala de emergencias de Legacy Emanuel

Teléfono: 503-276-6500

Legacy Good Samaritan Medical Center

Solo de salud física

1015 NW 22nd Ave, Portland, OR 97210

Teléfono: 503-413-7711

Portland Adventist Medical Center

Solo de salud física

10300 SE Main St, Portland, OR 97216

Teléfono: 503-257-2500

Unity Center for Behavioral Health

Salud del comportamiento para adultos (mayores de 18 años)

1225 NE 2nd Ave, Portland, OR 97232

Teléfono: 503-944-8000

OHSU Marquam Hill (campus principal) y Doernbecher Children's Hospital

Solo de salud física

3181 SW Sam Jackson Park Rd, Portland, OR 97239

Teléfono: 503-494-7551

Tualatin**Legacy Meridian Park Medical Center**

Solo de salud física

19300 SW 65th Ave, Tualatin, OR 97062

Teléfono: 503-692-1212

Atención de urgencia

Un problema urgente es lo suficientemente grave como para tratarlo de inmediato, pero no es tan grave como para tratarlo de inmediato en la sala de emergencias. Estos problemas urgentes pueden ser físicos, del comportamiento u odontológicos.

Puede recibir servicios de atención de urgencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana, sin una aprobación previa.

No necesita una remisión para recibir atención de emergencia o de urgencia. Para ver una lista de centros de atención de urgencia y clínicas sin cita previa, consulte la página siguiente.

Atención física de urgencia

Estos son algunos ejemplos de atención física de urgencia:

- Los cortes que no sangran mucho, pero que pueden necesitar puntos.
- Fracturas leves y fracturas en dedos de manos y pies.
- Torceduras y esguinces.

Si tiene un problema urgente, llame a su proveedor de atención primaria (PCP).

Puede llamar en cualquier momento, de día o de noche, los fines de semana y los días festivos. Explique en el consultorio del PCP que es afiliado de Trillium Community Health Plan. Recibirá asesoramiento o una remisión. Si no puede comunicarse con su PCP para consultar un problema urgente, o si su PCP no puede atenderlo rápido, vaya a un centro de atención de urgencia o a una clínica ambulatoria. No necesita una cita.

Si necesita ayuda para encontrar un centro de atención de urgencia o una clínica sin cita previa, llame a Servicio al Cliente de Trillium Community Health Plan al 1-877-600-5472 (TTY 711) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., o utilice la herramienta Buscar un proveedor en nuestro sitio web, <https://findaprovider.trilliumhealthplan.com/location>.

Si no sabe si su problema es urgente, de todas formas, llame al consultorio de su proveedor, aunque esté cerrado. Puede que reciba un servicio de contestador. Deje un mensaje y diga que es afiliado de Trillium Community Health Plan. Es posible que le den asesoramiento o lo remitan a otro lugar al que llamar.

Asesoramiento de enfermería disponible las 24 horas

Trillium Community Health Plan tiene una Línea de asesoramiento de enfermería disponible las 24 horas. Esta línea está siempre abierta. El número es 1-844-647-9667. Pueden brindar asesoramiento inmediato sobre qué tipo de atención buscar, si corresponde. Recibirá una llamada de seguimiento unos días después para verificar su situación.

Centros de atención de urgencia y clínicas sin cita previa:

Condado de Clackamas

Lake Oswego

Maxem Health Urgent Care

17437 Boones Ferry Rd, Ste 100

Lake Oswego, OR 97035

Teléfono: 503-387-3796

Horario de atención: De lunes a sábados, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.,
y domingos de 9:00 a. m. a 6:00 p. m.

Oregon City

AFC Urgent Care

397 Warner Milne Rd

Oregon City, OR 97045

Teléfono: 503-305-6262

Horario de atención: De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.,
y sábados y domingos de 9:00 a. m. a 6:00 p. m.

Portland

Maxem Health Urgent Care

10582 SE 32nd Ave

Portland, OR 97222

Teléfono: 503-387-3796

Horario de atención: De lunes a sábados, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.,
y domingos de 9:00 a. m. a 6:00 p. m.

Condado de Multnomah:

Portland

AFC Urgent Care

7033 NE Sandy Blvd

Portland, OR 97213

Teléfono: 503-305-6262

Horario de atención: De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.,
y sábados y domingos de 9:00 a. m. a 6:00 p. m.

Evergreen Urgent Care

2250 NW Flanders St, Ste 109

Portland, OR 97210

Teléfono: 503-468-7482

Horario de atención: De lunes a jueves, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.,
y viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Condado de Washington

Beaverton

AFC Urgent Care

14278 SW Allen Blvd

Beaverton, OR 97005

Teléfono: 503-305-6262

Horario de atención: De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.,
y sábados y domingos de 9:00 a. m. a 6:00 p. m.

Hillsboro

AFC Urgent Care

1071 SE Tualatin Valley Hwy

Hillsboro, OR 97123

Teléfono: 503-305-6262

Horario de atención: De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.,
y sábados y domingos de 9:00 a. m. a 6:00 p. m.

Portland

AFC Urgent Care

11786 NW Cedar Falls Dr, Ste 120

Portland, OR 97229

Teléfono: 503-305-6262

Horario de atención: De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.,
y sábados y domingos de 9:00 a. m. a 6:00 p. m.

Tigard

AFC Urgent Care

11675 SW Pacific Hwy

Tigard, OR 97223

Teléfono: 503-305-6262

Horario de atención: De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.,
y sábados y domingos de 9:00 a. m. a 6:00 p. m.

Atención odontológica de urgencia

Estos son algunos ejemplos de atención odontológica de urgencia:

- Dolor de muelas que le impide dormir durante la noche y dificulta la masticación
- Un diente astillado o roto
- Pérdida de una corona o empaste
- Absceso (pus en un diente causada por una infección)

Si tiene un problema odontológico urgente, llame a su dentista de atención primaria (PCD)

Si no puede comunicarse con su PCD o no tiene uno, llame a su organización de atención odontológica (DCO) que figura en su tarjeta de identificación de Trillium Community Health Plan. Ellos lo ayudarán a encontrar atención odontológica de urgencia, según su afección. Para una afección odontológica urgente, deberían darle una cita dentro de las dos semanas o una semana si está embarazada.

Si no tiene una organización de atención odontológica (DCO) indicada en su tarjeta de identificación de Trillium Community Health Plan, llame a Trillium Community Health Plan al 877-600-5472 (TTY 711) durante nuestro horario de atención habitual, o a nuestra Línea de asesoramiento de enfermería disponible las 24 horas al 1-844-647-9667.

Atención de Emergencia

Llame al 911 si necesita una ambulancia o si tiene que ir a la sala de emergencias cuando crea que está en peligro. Una emergencia necesita atención inmediata y pone su vida en peligro. Puede ser una lesión repentina o una enfermedad repentina. Las emergencias también pueden dañar su cuerpo. Si está embarazada, la emergencia también puede dañar a su bebé.

Puede obtener servicios de urgencia y de emergencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana sin autorización previa. No necesita una remisión.

Emergencias físicas

La atención física de emergencia sirve cuando necesita atención inmediata y su vida está en peligro.

Estos son algunos ejemplos de emergencias médicas:

- Huesos rotos
- Sangrado que no para
- Posible ataque cardíaco
- Pérdida de la consciencia
- Convulsiones
- Dolor intenso
- Dificultad para respirar
- Reacciones alérgicas

Le damos más información sobre la atención de emergencia:

- Llame a su PCP o a Servicio al Cliente de Trillium Community Health Plan dentro de los 3 días posteriores a la recepción de la atención de emergencia.
- Tiene derecho a usar cualquier hospital u otro establecimiento dentro de los Estados Unidos.
- La atención de emergencia incluye servicios de estabilización posterior (después de la atención). Los servicios después de la atención son servicios cubiertos relacionados con una afección de emergencia. Estos servicios se le ofrecen después de que esté estabilizado. Lo ayudan a mantener estable su afección. Lo ayudan a mejorar o arreglar la afección.

Consulte la lista de hospitales con salas de emergencias en la página [94](#).

Emergencias odontológicas

Una emergencia odontológica ocurre cuando necesita atención odontológica en el mismo día. Esta atención está disponible las 24 horas, los 7 días de la semana. Es posible que una emergencia odontológica requiera tratamiento inmediato.

Estos son algunos ejemplos:

- Se ha caído un diente (que no es un diente “flojo” de la infancia).
- Tiene inflamación facial o una infección en la boca.
- Sangrado continuo de las encías.

Ante una emergencia odontológica, llame a su dentista de atención primaria (PCD). Lo atenderán en un plazo de 24 horas. Algunos consultorios tienen horarios de emergencia, sin cita previa. Si tiene una emergencia odontológica y su dentista o PCP no pueden ayudarlo, no necesita permiso para recibir atención odontológica de emergencia. Puede ir a la sala de emergencias o llamar a Servicio al Cliente al 1-877-600-5472 para obtener ayuda para encontrar atención odontológica de emergencia.

Si ninguna de estas opciones es la adecuada para usted, llame al 911 o visite la sala de emergencias. **Si necesita un traslado en ambulancia, llame al 911.** Consulte la lista de hospitales con salas de emergencias en la página [94](#).

Emergencias y crisis de salud del comportamiento

Una emergencia de salud del comportamiento ocurre cuando necesita ayuda inmediata para sentirse seguro o estar seguro. Es decir, cuando usted u otras personas están en peligro. Un ejemplo de esto es sentirse fuera de control. Puede sentir que su seguridad está en riesgo o tener pensamientos de hacerse daño a usted mismo o dañar a otra persona.

Llame al 911 o vaya a la sala de emergencias si está en peligro.

- Los servicios de emergencia de salud del comportamiento no necesitan una remisión ni aprobación previa. Trillium Community Health Plan ofrece a los afiliados servicios y ayuda ante crisis después de una emergencia.
- Un proveedor de salud del comportamiento puede ayudarlo a conseguir servicios para mejorar y estabilizar la salud mental. Intentaremos ayudarlo y apoyarlo después de una crisis.

Números de crisis locales y de atención las 24 horas, centros para casos de crisis sin cita previa y centros de acogida

Puede llamar, enviar un mensaje de texto o chatear al 988. 988 es una línea de ayuda contra suicidio y crisis en la que puede obtener apoyo solidario y compasivo de asesores capacitados las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Números de teléfono de las líneas de crisis de los condados:

Condado de Clackamas: 503-655-8585

Condado de Multnomah: 503-988-4888

Condado de Washington: 503-291-9111

Clínicas para casos de crisis sin cita previa de los condados:

Condado de Clackamas: Condado de Multnomah:

Clackamas Mental Health Center

11211 SE 82nd Ave, Suite O,

Portland OR 97086

Teléfono: 503-722-6200

Cascadia Health-Mental Health Urgent

Cascadia Health

4212 SE Division St. #100,

Portland, OR 97206

Teléfono: 503-963-2575

Condado de Washington:

Centro Hawthorne sin cita previa

5240 NE Elam Young Pkwy, Hillsboro, OR 97124

Teléfono: 503-846-4555

Una crisis de salud del comportamiento ocurre cuando necesita ayuda inmediata. Si no se trata, esta afección puede convertirse en una emergencia. Llame a una de las líneas de crisis locales de 24 horas que se mencionan en la página anterior o llame al 988 si está experimentando alguna de las siguientes situaciones o no está seguro de si es una crisis. Queremos ayudarlo a evitar una emergencia.

Ejemplos de lo que debe observar si usted o un familiar están sufriendo una crisis o emergencia de salud del comportamiento:

- Considera el suicidio.
- Escucha voces que le dicen que se haga daño a usted mismo o a otra persona.
- Daña a otras personas, animales o propiedad.
- Comportamientos peligrosos o muy destructivos en la escuela, el trabajo, o con amigos o familia.

Estas son algunas de las cosas que Trillium Community Health Plan hace para apoyar la estabilización en la comunidad:

- Una línea directa ante crisis para llamar cuando un afiliado necesita ayuda.
- Un equipo móvil ante crisis que asistirá a un afiliado que necesite ayuda.
- Centros para casos de crisis sin cita previa y de acogida.
- Cuidado de relevo en casos de crisis (cuidados de corta duración).
- Lugares de estancia a corto plazo para estabilizarse.

- Servicios posteriores a la estabilización y servicios de atención de urgencia. Esta atención está disponible las 24 horas, los 7 días de la semana. Los servicios de atención posterior a la estabilización son servicios cubiertos, relacionados con una emergencia de salud médica o del comportamiento, que se ofrecen después de estabilizar la emergencia y para mantener la estabilización o resolver la afección.
- Servicios de respuesta ante crisis, las 24 horas del día, para afiliados que reciben tratamiento intensivo de salud del comportamiento a domicilio.

Consulte la página [58](#) para obtener más información sobre los servicios de salud del comportamiento que se ofrecen.

Prevención del suicidio

Si tiene una enfermedad mental y no la trata, puede correr el riesgo de cometer suicidio. Con el tratamiento correcto, su vida puede mejorar.

Señales habituales de advertencia de suicidio

Busque ayuda si nota cualquier señal de que usted o alguien que conoce está considerando el suicidio. Al menos el 80 % de las personas que consideran el suicidio quieren ayuda. Debe tomar las señales de advertencia con seriedad.

Estas son algunas señales de advertencia de suicidio:

- Hablar sobre querer morir y suicidarse.
- Planear una forma de suicidarse, como comprar un arma.
- Sentirse desesperanzado o no tener motivos para vivir.
- Sentirse atrapado o con un dolor insoportable.
- Hablar sobre ser una carga para las personas.
- Regalar objetos preciados.
- Pensar y hablar mucho sobre la muerte.
- Consumir más alcohol o drogas.
- Actuar con ansiedad o agitación.
- Comportarse de forma imprudente.
- Retraerse o sentirse aislado.
- Tener cambios de humor extremos.

¡Nunca mantenga en secreto los pensamientos o las conversaciones sobre suicidio!

Si desea hablar con alguien fuera de Trillium Community Health Plan, llame a cualquiera de los siguientes:

- Consulte la lista de líneas de crisis en la página [101](#).
- Línea nacional de prevención del suicidio: Llame al 988 o visite 988lifeline.org/
- The David Romprey Memorial Warmline: 800-698-2392
- Crisis Text Line: Envíe un mensaje de texto al 741741.
- Para la prevención del suicidio en adolescentes: YouthLine: 877-968-8491 o envíe un mensaje de texto con la palabra teen2teen al 839863.
- También puede buscar el número de crisis de salud mental del condado en línea. Pueden ofrecerle evaluaciones y ayudarlo a obtener los servicios que necesita.

Atención de seguimiento después de una emergencia

Después de una emergencia, es posible que necesite atención de seguimiento. Esto incluye todo lo que necesite después de irse de la sala de emergencias. La atención de seguimiento no es una emergencia. OHP no cubre la atención de seguimiento cuando está fuera del estado. Llame a su proveedor de atención primaria o al consultorio odontológico de atención primaria para programar cualquier atención de seguimiento.

- Debe recibir atención de seguimiento por parte de su proveedor u odontólogo habitual. Puede pedir al médico de emergencias que llame a su proveedor para programar atención de seguimiento.
- Llame a su proveedor u odontólogo lo antes posible después de recibir atención de urgencia o emergencia. Dígale a su proveedor u odontólogo dónde recibió tratamiento y por qué.
- Su proveedor u odontólogo administrará la atención de seguimiento y programará una cita si la necesita.

Atención fuera del hogar

Atención planificada fuera del estado

Trillium Community Health Plan lo ayudará a ubicar a un proveedor fuera del estado y pagará un servicio cubierto cuando ocurra lo siguiente:

- Necesita un servicio que no está disponible en Oregón.
- O si el servicio es rentable.

Para obtener más información sobre cómo puede obtener una renovación de una receta médica antes de su viaje, consulte la página [93](#).

Atención de emergencia fuera del hogar

Es posible que necesite atención de emergencia cuando esté fuera del hogar o fuera de la zona de servicio de Trillium Community Health Plan. **Llame al 911 o acuda a cualquier departamento de emergencias.** No necesita aprobación previa para los servicios de emergencia. Los servicios médicos de emergencia están cubiertos en todo Estados Unidos. Esto incluye afecciones odontológicas de emergencia o de salud del comportamiento.

No pague la atención de emergencia. Si paga la factura de la sala de emergencias, Trillium Community Health Plan no puede devolverle el dinero. Consulte la página [110](#) para saber qué hacer si le cobran.

Siga los pasos que se muestran a continuación si necesita atención de emergencia fuera del hogar:

1. Asegúrese de tener la tarjeta de identificación de Oregon Health y la tarjeta de identificación de Trillium Community Health Plan cuando viaje fuera del estado.
2. Muéstreles su tarjeta de identificación de Trillium Community Health Plan y pídale que le cobren a Trillium Community Health Plan.
3. No firme ningún documento hasta que sepa que el proveedor le cobrará a Trillium Community Health Plan. A veces, Trillium Community Health Plan no puede pagar su factura si se ha firmado un formulario de acuerdo de pago. Para obtener más información al respecto, consulte la página [109](#).
4. Puede pedir que la sala de emergencias o el consultorio del proveedor se comuniquen con Trillium Community Health Plan si desean verificar su seguro o si tienen preguntas.
5. Si necesita consejos sobre qué hacer o necesita atención que no sea de emergencia estando fuera de casa, llame a Trillium Community Health Plan para obtener ayuda.

Cuando hay una emergencia, no siempre es posible seguir los pasos anteriores. Es posible que estar preparado y saber qué pasos dar para recibir atención de emergencia fuera del estado pueda solucionar los problemas de facturación mientras usted está fuera. Estos pasos pueden ayudarlo a evitar que le facturen servicios que Trillium Community Health Plan puede cubrir. Trillium Community Health Plan no puede pagar un servicio si el proveedor no nos ha enviado la factura.

Si recibe una factura, llame a Servicio al Cliente de Trillium Community Health Plan al 1-877-600-5472 (TTY 711).

Facturas de servicios

Los afiliados de OHP no deben pagar las facturas de los servicios cubiertos

Cuando programe su primera consulta con un proveedor, dígame al consultorio que tiene Trillium Community Health Plan. Si tiene otro seguro, también hágaselo saber. Esto ayudará al proveedor a saber a quién debe cobrar. Lleve su tarjeta de identificación a todas las consultas médicas. Trillium Community Health Plan paga todos los servicios cubiertos, médicamente necesarios y apropiados de acuerdo con la Lista prioritaria de servicios médicos.

Un proveedor de la red de Trillium Community Health Plan (para obtener una lista de proveedores de la red, consulte el Directorio de proveedores en nuestro sitio web) o alguien que trabaje para ellos no puede facturarle ni intentar cobrar dinero adeudado por Trillium Community Health Plan por servicios que usted no es responsable de cubrir.

No se puede cobrar a los afiliados las citas a las que no puede asistir o por errores.

- Las citas a las que no pueda asistir no se le facturarán ni a usted ni a OHP.
- Si su proveedor no envía la documentación correcta o no recibe una aprobación, no puede recibir una factura por eso. Esto se llama error del proveedor.

Los afiliados no pueden recibir facturación de saldo o sorpresa.

Cuando un proveedor factura la cantidad restante de la factura, después de que Trillium Community Health Plan haya pagado, eso se llama facturación de saldos. También se llama facturación sorpresa. El monto es la diferencia entre la cantidad real facturada y la cantidad que paga Trillium Community Health Plan. Esto suele suceder cuando hace una consulta a un proveedor fuera de la red. Usted no es responsable de estos costos.

Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente al 1-877-600-5472. Para obtener más información sobre facturación sorpresa, consulte <https://dfr.oregon.gov/Documents/Surprise-billing-consumers.pdf>.

Si su proveedor le envía una factura, no la pague.

Llame a Trillium Community Health Plan para obtener ayuda de inmediato al 1-877-600-5472 (TTY 711).

También puede llamar a la oficina de facturación de su proveedor y asegurarse de que sepan que tiene OHP.

Es posible que haya servicios que tenga que pagar

Por lo general, con Trillium Community Health Plan, no tendrá que pagar ninguna factura médica. Aunque a veces, sí deberá pagar. Cuando necesite atención, hable con su proveedor acerca de las opciones. El consultorio del proveedor consultará con Trillium Community Health Plan para ver si un tratamiento o servicio no está cubierto. Si decide obtener un servicio que no está cubierto, es posible que deba pagar la factura.

Debe pagar al proveedor en los siguientes casos:

- **Recibe atención de rutina fuera de Oregón.** Recibe servicios fuera de Oregón que no son urgentes ni de atención de emergencia.
- **No le informa al proveedor que tiene OHP.** No le informó al proveedor que tiene Trillium Community Health Plan, otro seguro o le dio un nombre que no coincidía con el de la identificación de Trillium Community Health Plan en el momento en que se brindó el servicio o después de este, por lo que el proveedor no podría facturarle a Trillium Community Health Plan. Los proveedores deben verificar su elegibilidad de Trillium Community Health Plan al momento de ofrecer el servicio y antes de facturar o hacer cobros. Deben intentar recibir información sobre la cobertura antes de facturarle.
- **Sigue recibiendo un servicio denegado.** Usted o su representante solicitaron la continuación de beneficios durante un proceso de apelación y audiencia de caso impugnado, y la decisión final no fue a su favor. Deberá pagar los gastos ocasionados por los servicios denegados a partir de la fecha de entrada en vigencia del Aviso de Acción o aviso de resolución de la apelación.
- **Recibe dinero por los servicios de un accidente.** Si un pagador externo, como un seguro de autos, le envió cheques por los servicios que recibió por parte de su proveedor y no los usó para pagarle al proveedor.
- **No trabajamos con ese proveedor.** Cuando elige hacer una consulta con un proveedor que no está dentro de la red de Trillium Community Health Plan, es posible que deba pagar sus servicios. Antes de hacer una consulta con un proveedor que no está dentro de la red de Trillium Community Health Plan, debe llamar a Servicio al Cliente o trabajar con su PCP. Es posible que necesite una aprobación previa o que haya un proveedor dentro de la red que se adapte a lo que necesita. Para obtener una lista de proveedores dentro de la red, consulte la página Buscar un proveedor en nuestro sitio web, trilliumohp.com/Find-A-Provider.
- **Elige recibir servicios que no están cubiertos.** Debe pagar cuando elige recibir servicios que el proveedor le indica que Trillium Community Health Plan no cubre. En este caso:
 - El servicio es un costo que su plan no cubre.
 - Antes de recibir el servicio, debe firmar un formulario de Acuerdo de pago válido. Obtenga más información sobre el formulario en la página siguiente.
 - Contáctese siempre con Servicio al Cliente de Trillium Community Health Plan antes para analizar lo que está cubierto. Si recibe una factura, comuníquese con Servicio al Cliente de Trillium Community Health Plan de inmediato.

- Estos son algunos ejemplos de servicios que no están cubiertos:
 - Algunos tratamientos, como medicamentos de venta libre, para afecciones que puede tratar en casa o que mejoran por sí solas (resfriados, gripe leve, callos, piel endurecida, etc.).
 - Cirugías o tratamientos estéticos solo para la apariencia.
 - Servicios que la ayudan a quedar embarazada.
 - Tratamientos que no suelen ser efectivos.
 - Ortodoncia, excepto para maloclusión invalidante y para tratar el paladar hendido en niños.

Si tiene preguntas sobre los servicios cubiertos o no cubiertos, comuníquese con Servicio al Cliente de Trillium Community Health Plan al 1-877-600-5472 (TTY 711).

Es posible que le pidan que firme un formulario de Acuerdo de pago

Un formulario de Acuerdo de pago se usa cuando usted quiere un servicio que ni Trillium Community Health Plan ni OHP cubren. El formulario también recibe el nombre de anulación. Solo puede recibir la factura de un servicio si firma el formulario de Acuerdo de pago. No debe sentirse obligado a firmar el formulario. Puede ver una copia del formulario en <https://bit.ly/OHPwaiver>.

No es necesario que firme el formulario de Acuerdo de pago si no lo desea. Si no está seguro de si debe firmar el formulario de Acuerdo de pago o tiene alguna pregunta sobre si un beneficio está cubierto, comuníquese con Servicio al Cliente de Trillium Community Health Plan al 1-877-600-5472 (TTY 711) para obtener ayuda. Si Trillium Community Health Plan o su proveedor le informan que OHP no cubre el servicio, usted todavía tiene el derecho de impugnar esa decisión al presentar una apelación y solicitar una audiencia. Consulte la página [126](#).

Para que el Acuerdo de pago sea válido, debe cumplirse lo siguiente:

- El formulario debe mostrar el costo estimado del servicio. Debe ser el mismo que figura en la factura.
- El servicio se programa en un plazo de 30 días siguientes a la fecha en que firmó el formulario.
- El formulario dice que OHP no cubre el servicio.
- El formulario dice que usted acepta pagar la factura.
- Usted solicitó hacer el pago privado de un servicio cubierto. Si decide hacerlo, el proveedor puede facturarle si le avisa con anticipación lo siguiente:

- El servicio está cubierto y Trillium Community Health Plan se lo pagaría en su totalidad.
- El costo estimado, incluidos todos los cargos relacionados.
- El monto que Trillium Community Health Plan pagaría por el servicio.
 - El proveedor no puede facturarle un monto superior al que pagaría Trillium Community Health Plan.
 - El proveedor no puede presentar un reclamo a Trillium Community Health Plan por el servicio cubierto que figura en el acuerdo.
- Usted acepta pagar el servicio cubierto de forma consciente y voluntaria.
- El proveedor documenta por escrito, con su firma o la de su representante, que le ha entregado la información anterior, y:
 - Le dio la oportunidad de hacer preguntas, obtener más información y hacerle consultas a su asistente social o representante.
 - Usted acepta pagar de forma privada. Usted o su representante firman el acuerdo que tiene toda la información de pago privado.
 - El proveedor debe darle una copia del acuerdo firmado.

Facturas por atención de emergencia fuera del hogar o fuera del estado

Debido a que algunos proveedores de emergencia fuera de la red no están familiarizados con las reglas de OHP (Medicaid) de Oregón, es posible que le facturen. No se le debe facturar por atención de emergencia o posterior a la hospitalización. Si recibe una factura, comuníquese con Servicio al Cliente de Trillium Community Health Plan. Tenemos recursos para ayudarlo.

Llámenos de inmediato si recibe facturas de proveedores fuera del estado.

Algunos proveedores envían las facturas impagas a agencias de cobro e incluso pueden demandar en tribunales para cobrarlas. Es más difícil arreglar el problema una vez que sucede. Apenas reciba una factura:

- No ignore las facturas médicas.
- Comuníquese con Servicio al Cliente de Trillium Community Health Plan de inmediato al 1-877-600-5472 (TTY 711).
Horario de atención: De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
- Si recibe documentos del tribunal, llámenos de inmediato. También, puede llamar a un abogado o a la línea directa de Beneficios Públicos al 800-520-5292 para obtener asesoramiento legal gratuito. Existen derechos del consumidor que pueden ayudarlo cuando se le factura injustamente mientras es afiliado de OHP.

- Si recibió una factura porque Trillium Community Health Plan rechazó su reclamo, comuníquese con Servicio al Cliente. Obtenga más información sobre las denegaciones, sus derechos para apelar y qué hacer si no está de acuerdo con nosotros en la página [126](#).
 - También puede apelar enviando una carta a Trillium Community Health Plan en la que diga que no está de acuerdo con la factura porque usted era afiliado de OHP al momento del servicio.

Consejos importantes sobre el pago de servicios y facturas

- Le recomendamos encarecidamente que llame a Servicio al Cliente antes de aceptar pagarle a un proveedor.
- Si su proveedor le pide que pague un copago ¡no lo pague! Pídale al personal de la oficina que llame a Trillium Community Health Plan.
- Trillium Community Health Plan paga todos los servicios cubiertos de acuerdo con la Lista prioritaria de servicios médicos; consulte la página [42](#).
- Para obtener una lista breve de los beneficios y servicios que están cubiertos por sus beneficios de OHP con Trillium Community Health Plan, que también cubre la administración de casos y la coordinación de la atención, consulte la página [47](#). Si tiene alguna pregunta sobre lo que está cubierto, puede preguntarle a su PCP o llamar a Servicio al Cliente de Trillium Community Health Plan.
- Ningún proveedor dentro de la red de Trillium Community Health Plan o alguien que trabaje para ellos le puede facturar a un afiliado, enviar la factura de un afiliado a una agencia de cobro o mantener una acción civil contra un afiliado para cobrar cualquier dinero que Trillium Community Health Plan debe por servicios de los que usted no es responsable.
- A los afiliados nunca se les cobra por los traslados a las citas cubiertas. Consulte la página [83](#). Los afiliados pueden solicitar reembolsos por ir en sus propios medios a visitas cubiertas u obtener pasajes de autobús para usar el autobús para ir a consultas cubiertas.
- Estas protecciones contra la facturación, por lo general, se aplican solo si el proveedor médico sabía o debería haber sabido que usted tenía OHP. Además, solo se aplican a los proveedores que trabajan con OHP (pero la mayoría de los proveedores lo hacen).

- A veces, su proveedor no llena la documentación correctamente. Cuando esto sucede, es posible que no le paguen. Eso no significa que usted tenga que pagar. Incluso si ya recibió el servicio y nos negamos a pagarle a su proveedor, este no puede cobrarle.
- Es posible que reciba un aviso nuestro en el que se informe que no pagaremos el servicio. Ese aviso no significa que usted tenga que pagar. El proveedor cancelará los cargos.
- Si Trillium Community Health Plan o su proveedor le informan que OHP no cubre el servicio, usted todavía tiene el derecho de impugnar esa decisión al presentar una apelación y solicitar una audiencia. Consulte la página [126](#).
- En caso de cierre de Trillium Community Health Plan, usted no es responsable de pagar los servicios que cubrimos o brindamos.

Afiliados con OHP y Medicare

Algunas personas tienen OHP (Medicaid) y Medicare. OHP cubre algunas cosas que Medicare no cubre. Si tiene ambos, Medicare es su principal cobertura de salud. OHP puede pagar cosas, como medicamentos, que Medicare no cubre.

Si tiene ambos, usted no es responsable de lo siguiente:

- Copagos
- Deducibles o
- Cargos de coseguro por los servicios de Medicare; esos cargos están cubiertos por OHP.

Es posible que deba pagar un copago por algunos costos de medicamentos que requieren receta médica.

En ocasiones, es posible que deba pagar deducibles, coseguros o copagos si elige consultar a un proveedor fuera de la red. Comuníquese con la oficina local de Personas Mayores y Personas con Discapacidades (por sus siglas en inglés, APD) o de la Agencia del Área sobre el Envejecimiento (por sus siglas en inglés, AAA). Lo ayudarán a obtener más información sobre cómo utilizar sus beneficios. Llame al Centro de Recursos para Personas Mayores y Discapacitados (por sus siglas en inglés, ADRC) al 855-673-2372 para obtener el número de teléfono de su oficina local de APD o AAA.

Llame a Servicio al Cliente para obtener más información sobre qué beneficios pagan Medicare y OHP (Medicaid), o para obtener ayuda para encontrar un proveedor y cómo obtener servicios.

Los proveedores le facturarán a su plan Medicare y a Trillium Community Health Plan.

Trillium Community Health Plan trabaja con Medicare y tiene un acuerdo de que enviarán todos los reclamos para que podamos pagarlos.

- Proporciónale al proveedor su número de identificación de OHP y dígale que tiene cobertura de Trillium Community Health Plan. Si aún le dicen que debe dinero, llame a Servicio al Cliente al 1-877-600-5472 (TTY 711). Podemos ayudarlo.
- Conozca cuáles son las pocas veces que un proveedor puede enviarle una factura en la página [107](#).

Los afiliados con Medicare pueden cambiar o dejar la CCO que utilizan para la atención física en cualquier momento. Sin embargo, los afiliados con Medicare deben usar una CCO para la atención odontológica y de salud del comportamiento.

Cambio de CCO y de la atención

Tiene derecho a cambiar de CCO o dejar una CCO.

Si no tiene una CCO, su OHP se llama pago por servicio o de tarjeta abierta. Se llama “pago por servicio” porque el estado les paga a los proveedores una tarifa por cada servicio que brindan. Los afiliados de pago por servicio obtienen los mismos tipos de beneficios de atención física, odontológica y de salud del comportamiento que los afiliados de la CCO.

La CCO que tiene depende de dónde vive. Las reglas sobre cambiar o abandonar una CCO son diferentes cuando solo hay una CCO en la zona y cuando hay más CCO en una zona.

Afiliados de Medicare y OHP (Medicaid)

Usted puede cambiar o dejar la CCO para la atención física en cualquier momento. Sin embargo, los afiliados con Medicare deben usar una CCO para la atención odontológica y de salud del comportamiento.

Indígenas Americanos o Nativos de Alaska

Con prueba de herencia indígena, puede recibir atención en un centro de Servicio de Salud Indígena, una clínica/un programa de salud tribal o una clínica urbana y pago por servicio de OHP.

Zonas de servicio con una sola CCO:

Los afiliados con solo una CCO en su zona de servicio pueden solicitar cancelar su inscripción (abandonar) una CCO y recibir atención a través del pago por servicio del OHP en cualquier momento por cualquiera de los siguientes motivos “razonables”:

- La CCO tiene objeciones morales o religiosas sobre el servicio que usted desea.
- Tiene un motivo médico. Cuando los servicios relacionados no están disponibles en la red y su proveedor dice que obtener los servicios por separado significaría un riesgo innecesario. Por ejemplo: una cesárea y una ligadura de trompas al mismo tiempo.
- Otros motivos que incluyen, entre otros, atención deficiente, falta de acceso a los servicios cubiertos o falta de acceso a proveedores de la red que tengan experiencia en sus necesidades de atención médica específicas.
- Los servicios no se brindan en su idioma preferido.
- Los servicios no se brindan de una manera culturalmente apropiada.
- Corre el riesgo de tener una falta de atención continua.

Si se muda a un lugar donde su CCO no presta servicio. Puede cambiar de plan tan pronto como le informe a OHP sobre la mudanza. Llame a OHP al 800-699-9075 o use su cuenta en línea en [ONE.Oregon.gov](https://www.oregon.gov/ONE).

Zonas de servicio con más de una CCO:

Los afiliados con más de una CCO en su zona de servicio pueden solicitar abandonar y cambiarse a otra CCO en cualquier momento por cualquiera de los siguientes motivos “razonables”:

- Se muda a un lugar donde su CCO no presta servicio. Puede cambiar de plan tan pronto como le informe a OHP sobre la mudanza.
 - Llame a OHP al 800-699-9075.
 - Utilice su cuenta en línea en ONE.Oregon.gov.
- La CCO tiene objeciones morales o religiosas sobre el servicio que usted desea.
- Tiene un motivo médico. Cuando los servicios relacionados no están disponibles en la red y su proveedor dice que obtener los servicios por separado significaría un riesgo innecesario.
 - Ejemplo: Una cesárea y una ligadura de trompas al mismo tiempo.
- Otros motivos que incluyen, entre otros, atención deficiente, falta de acceso a los servicios cubiertos o falta de acceso a proveedores de la red que tengan experiencia en sus necesidades de atención médica específicas.
- Los servicios no se brindan en su idioma preferido.
- Los servicios no se brindan de una manera culturalmente apropiada.
- Corre el riesgo de tener una falta de atención continua.

Los afiliados con más de una CCO en su zona de servicio también pueden solicitar abandonar y cambiar una CCO en cualquier momento por los siguientes motivos “no razonables”:

- Dentro de los 30 días posteriores a la inscripción si:
 - No desea el plan en el que estaba inscrito.
 - Usted pidió un determinado plan y el estado le asignó uno diferente.
- En los primeros 90 días después de unirse a la CCO.
 - Si el estado le envía una carta de “cobertura” que indica que usted será parte de la CCO después de la fecha de inicio, entonces tiene 90 días después de la fecha de la carta.
- Después de haber estado 6 meses en la misma CCO.
- Cuando renueva su OHP.
- Si pierde el OHP por menos de 2 meses, lo reinscriben en una CCO y pierde la oportunidad de elegir la CCO cuando hubiera renovado su OHP.
- Cuando a una CCO se le suspende la afiliación de nuevos afiliados.
- Al menos una vez cada 12 meses si las opciones anteriores no aplican.

Puede preguntar acerca de estas opciones por teléfono o por escrito. Llame a Servicio al Cliente de OHP al 800-273-0557 o envíe un correo electrónico a Oregon.Benefits@odhsoha.oregon.gov.

Cómo cambiar o dejar su CCO

Cosas para tener en cuenta: Trillium Community Health Plan quiere asegurarse de que reciba la mejor atención posible. Trillium Community Health Plan puede brindarle algunos servicios que el FFS o la tarjeta abierta no pueden. Cuando tenga un problema para obtener la atención apropiada, permítanos ayudarlo antes de dejar Trillium Community Health Plan. Si aún desea desafiliarse, debe haber otra CCO disponible en su zona de servicio para que pueda cambiar su plan.

Informe a OHP si desea cambiar o abandonar su CCO. Usted o su representante pueden llamar a Servicio al Cliente de OHP al 800-699-9075 o a Servicios al Cliente de OHP al 800-273-0557 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del Pacífico. Puede utilizar su cuenta en línea en ONE.Oregon.gov o envíe un correo electrónico a OHP a Oregon.Benefits@odhsoha.oregon.gov. La fecha de entrada en vigencia de la cancelación de la afiliación será el primer día del mes siguiente a la aprobación de la cancelación de la afiliación por parte de la OHA.

Puede recibir atención mientras cambia su CCO. Consulte la página [117](#) para obtener más información.

Trillium Community Health Plan puede pedirle que se retire por algunas razones

Trillium Community Health Plan puede solicitarle a la OHA que lo desafilie de nuestro plan si usted tiene los siguientes comportamientos:

- Es agresivo, poco colaborador o perjudicial para nuestro personal o proveedores, excepto cuando el comportamiento se deba a su necesidad especial de atención médica o discapacidad.
- Comete posible fraude u otros actos ilegales, como permitir que otra persona use sus beneficios de atención médica, cambiar una receta médica, robar u cometer otros actos delictivos.
- Es violento o amenaza con violencia. Esto podría estar dirigido a un proveedor de atención de salud, su personal, otros pacientes o al personal de Trillium Community Health Plan.
- Cuando el acto o la amenaza de violencia afecta gravemente la capacidad de Trillium Community Health Plan para brindarle servicios a usted o a otros afiliados.

Tenemos que pedirle al estado (Autoridad de Salud de Oregón) que revise y apruebe su eliminación de nuestro plan. Usted recibirá una carta si la solicitud de la CCO para cancelar (eliminar) su afiliación ha sido aprobada. Puede presentar una queja si no está satisfecho con el proceso o si no está de acuerdo con la decisión. Consulte la página [126](#) para saber cómo presentar una queja o solicitar una apelación.

Trillium Community Health Plan no puede solicitar que lo eliminen de nuestro plan por los siguientes motivos (entre otros):

- Su estado de salud empeora.
- No utiliza los servicios.
- Utiliza muchos servicios.
- Está a punto de utilizar los servicios o de ingresar a un centro de atención (como un centro de atención a largo plazo o un Centro de Servicios Residenciales Psiquiátrico).
- Tiene comportamiento de necesidades especiales que puede ser perjudicial o poco colaborador.
- Su clase protegida, afección médica o historial demuestran que probablemente necesitará muchos servicios futuros o servicios futuros costosos.
- Tiene una discapacidad física, intelectual, de desarrollo o mental.
- Está bajo el cuidado de Bienestar Infantil del Departamento de Servicios Humanos de Oregón (por sus siglas en inglés, ODHS).
- Presenta una queja, no está de acuerdo con una decisión o solicita una apelación o una audiencia.
- Usted toma una decisión sobre su atención con la que Trillium Community Health Plan no está de acuerdo.

Para obtener más información o hacer preguntas sobre otros motivos por los que se puede cancelar su afiliación, excepciones de afiliación temporales o exenciones de afiliación, llame a Trillium Community Health Plan al 1-877-600-5472 o a Servicio al Cliente de OHP al 800-273-0557.

Recibirá una carta con sus derechos de cancelación de la afiliación al menos 60 días antes de que necesite renovar su OHP.

Atención mientras cambia o deja una CCO

Algunos afiliados que cambian de plan aún podrían obtener los mismos servicios, la cobertura de medicamentos que requieren receta médica y consultar a los mismos proveedores, incluso si no están dentro de la red. Eso significa que la atención se coordinará cuando cambie de CCO o pase del pago por servicio de OHP a una CCO. Generalmente, esto se denomina “transición de la atención”.

Si tiene problemas de salud graves, necesita atención hospitalaria o atención de la salud mental para pacientes internados, sus planes nuevos y antiguos deben trabajar juntos para asegurarse de que reciba la atención y los servicios que necesita.

Cuando necesita la misma atención mientras cambia de plan

Esta ayuda se brinda si tiene problemas de salud graves, necesita atención hospitalaria o atención de salud mental para pacientes hospitalizados. A continuación, encontrará una lista de algunos ejemplos de cuándo puede recibir esta ayuda:

- Atención por enfermedad renal terminal
- Es un niño médicamente frágil.
- Afiliados que reciben tratamiento de cáncer de mama o cuello uterino.
- Afiliados que reciben la ayuda de Care Assist por tener VIH/sida.
- Cuidados antes y después de un trasplante.
- Está embarazada o acaba de tener un bebé.
- Recibe tratamiento para el cáncer.
- Cualquier afiliado que, de no recibir servicios continuos, puede sufrir un perjuicio grave a su salud o estar en riesgo por la necesidad de atención hospitalaria o institucional.

El tiempo que dura esta atención es el siguiente:

Tipo de afiliación	Cuánto tiempo puede recibir la misma atención
OHP con Medicare (beneficio completo con doble elegibilidad)	90 días
Solo OHP	30 días para la salud física y bucal* 60 días para salud del comportamiento*

*O hasta que su nuevo PCP haya revisado su plan de tratamiento.

Si deja Trillium Community Health Plan, trabajaremos con su nueva CCO u OHP para asegurarnos de que pueda obtener los mismos servicios que se enumeran a continuación.

Si necesita atención mientras cambia de plan o tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de Trillium Community Health Plan al: 1-877-600-5472 (TTY 711)
Horario de atención: De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del Pacífico

Trillium Community Health Plan se asegurará de que los afiliados que necesitan la misma atención mientras cambian de plan obtengan lo siguiente:

- Acceso continuo y traslados a la atención.
- Servicios de su proveedor, incluso si no están en la red de Trillium Community Health Plan, hasta que ocurra uno de los siguientes:
 - Se completa el curso de tratamiento prescrito mínimo o aprobado.
 - Su proveedor decide que su tratamiento ya no es necesario. Si la atención es brindada por un especialista, el plan de tratamiento será revisado por un proveedor calificado.
- Algunos tipos de atención continuarán hasta completarse con el proveedor actual. Estos tipos de atención son los siguientes:
 - Atención antes y después de quedar embarazada o dar a luz (prenatal y posparto).
 - Servicios de trasplante durante el primer año después del trasplante.
 - Radiación o quimioterapia (tratamiento del cáncer) para su curso de tratamiento.
 - Medicamentos con un curso de tratamiento mínimo definido que es mayor que los plazos de transición de atención mencionados anteriormente.

Puede obtener una copia de la Política sobre la transición de la atención de Trillium Community Health Plan llamando a Servicio al Cliente al 1-877-600-5472 (TTY 711). También se encuentra en nuestro sitio web, en la página “Policies & Criteria” (Políticas y criterios) de la sección “Provider Resources” (Recursos para proveedores) en <https://www.trilliumohp.com/providers/resources.html>. Llame a Servicio al Cliente si tiene preguntas.

Decisiones sobre el final de la vida

Instrucciones anticipadas

Todos los adultos tienen derecho a tomar decisiones sobre su atención. Esto incluye el derecho a aceptar y rechazar el tratamiento. Una enfermedad o lesión puede impedirle informar a su médico, familiares o representante sobre la atención que desea recibir. La ley de Oregón le permite expresar sus deseos, creencias y objetivos por adelantado antes de que necesite este tipo de atención. El formulario que usa se llama **instrucción anticipada**.

Consulte la página “Member Resources/Advance Directive” (Recursos para afiliados/Instrucción anticipada) en nuestro sitio web en www.trilliumohp.com.

Una instrucción anticipada le permite hacer lo siguiente:

- Compartir sus valores, creencias, objetivos y deseos en relación con la atención de salud si no puede expresarlos usted mismo.
- Nombrar a una persona para que tome las decisiones sobre su atención de salud si usted no puede hacerlo. Esta persona se denomina representante de la atención de salud y debe estar de acuerdo en desempeñar esta función.
- El derecho a compartir, negar o aceptar tipos de atención médica y el derecho a compartir sus decisiones sobre su atención médica futura.

Cómo obtener más información sobre las instrucciones anticipadas

Podemos darle un folleto gratuito sobre las instrucciones anticipadas. Se llama “Making Health Care Decisions” (Cómo tomar decisiones sobre la atención médica). Para obtener más información u obtener una copia del folleto y el formulario de Instrucción anticipada, llame a Servicio al Cliente de Trillium Community Health Plan al 1-877-600-5472.

Hay disponible una Guía para los usuarios sobre las instrucciones anticipadas. Proporciona información sobre lo siguiente:

- Los motivos para realizar instrucciones anticipadas.
- Las secciones del formulario de instrucciones anticipadas.
- Cómo completar u obtener ayuda para completar las instrucciones anticipadas.
- A quién se le debe proporcionar una copia de las instrucciones anticipadas.
- Cómo hacer cambios en las instrucciones anticipadas.

Para descargar una copia de la Guía para los usuarios sobre las instrucciones anticipadas o del formulario de instrucciones anticipadas, visite:

<https://www.oregon.gov/oha/ph/about/pages/adac-forms.aspx>

Información útil adicional sobre las instrucciones anticipadas

- Completar la instrucción anticipada es su decisión. Si decide no completar ni firmar las instrucciones anticipadas, su cobertura o acceso a la atención seguirán siendo los mismos.
- Trillium Community Health Plan no lo tratará diferente si decide que no completará ni firmará una instrucción avanzada.
- Si completa una instrucción anticipada, asegúrese de informar a sus proveedores y familiares sobre esto, y entrégueles copias.
- Trillium Community Health Plan respetará toda decisión que haya mencionado en la instrucción anticipada que completó y firmó. Si un médico con el que usted trabaja tiene una objeción moral a respetar su instrucción anticipada, llame a Servicio al Cliente de Trillium Community Health Plan al 1-877-600-5472 (TTY 711) para solicitar ayuda para encontrar un nuevo médico.

Cómo informar si su médico no cumplió con los requisitos de la instrucción anticipada

Puede presentar una queja a la Oficina de Otorgamiento de Licencias de Salud si su proveedor no hace lo que usted pide en sus instrucciones anticipadas.

Oficina de Otorgamiento de Licencias de Salud

503-370-9216 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Horario de atención: De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del Pacífico

Envíe la queja por correo postal a la siguiente dirección:

1430 Tandem Ave NE, Suite 180

Salem, OR 97301

Correo electrónico: hlo.info@odhsoha.oregon.gov

En línea: <https://www.oregon.gov/oha/PH/HLO/Pages/File-Complaint.aspx>

Puede presentar una queja ante el Programa de Certificación y Licencias de Centros de Salud si un centro (como un hospital) no hace lo que usted solicita en su instrucción anticipada.

Programa de Certificación y Licencias de Centros de Salud

Envíe por correo a: 800 NE Oregon Street, Suite 465

Portland, OR 97322

Correo electrónico: mailbox.hclc@odhsoha.oregon.gov

Fax: 971-673-0556

En línea:

<https://www.oregon.gov/OHA/PH/ProviderPartnerResources/HealthcareProvidersFacilities/HealthcareHealthCareRegulationQualityImprovement/Pages/index.aspx>

Llame a Servicio al Cliente de Trillium Community Health Plan al 1-877-600-5472 (TTY 711) para obtener una copia impresa del formulario de quejas.

Cómo cancelar las instrucciones anticipadas

Para cancelar, solicite las copias de sus instrucciones anticipadas para que su proveedor sepa que ya no son válidas. Rómpalas o escriba en ellas la palabra CANCELED (Cancelado) en letras grandes, fírmelas y ponga la fecha. En caso de que tenga preguntas o quiera obtener más información, comuníquese con Oregon Health Decisions al 800-422-4805 o al 503-692-0894 (TTY 711).

¿Cuál es la diferencia entre las POLST y las instrucciones anticipadas?

Órdenes Médicas de Tratamiento para el Sustento de Vida (por sus siglas en inglés, POLST)

Las POLST son un formulario médico que puede usar para asegurarse de que los proveedores médicos sigan sus deseos de tratamiento cerca del final de su vida. Nunca se le solicita que complete una POLST, pero si tiene una enfermedad grave u otras razones por las que no quisiera recibir todos los tipos de tratamiento médico, puede obtener más información sobre este formulario.

A continuación, se indican las diferencias entre las POLST y las instrucciones anticipadas:

	Instrucciones anticipadas	POLST
¿Qué son?	Documento legal	Orden médica
¿Quién debería recibirlas?	Toda persona adulta mayor de 18 años	Personas con una enfermedad grave o personas mayores y frágiles que es posible que no quieran todos los tratamientos
¿El proveedor debe aprobarlas/firmarlas?	No requieren la aprobación del proveedor.	El proveedor de atención médica debe firmarlas y aprobarlas.
¿Cuándo se usan?	Para la atención o una afección en el futuro	Para la atención y una afección en el presente

Para obtener más información, visite: <https://oregonpolst.org/>.

Escriba un correo electrónico a: polst@ohsu.edu o llame a Oregon POLST al 503-494-3965.

Declaración sobre Tratamiento de Salud Mental

Oregón tiene un formulario para que registre sus deseos para la atención de salud mental. El formulario se llama Declaración sobre tratamiento de salud mental. Este formulario se usa cuando tiene una crisis de salud mental o no puede tomar decisiones sobre el tratamiento de salud mental. Tiene la opción de completar este formulario, cuando no esté pasando por una crisis y pueda entender y tomar decisiones sobre su atención.

¿En qué me ayuda este formulario?

El formulario indica qué tipo de atención desea si en algún momento no puede tomar decisiones por sí mismo. Solo un tribunal y dos médicos pueden decidir si usted no puede tomar decisiones sobre su salud mental.

Este formulario le permite tomar decisiones sobre los tipos de atención que quiere y los que no. Puede usarse para designar a un adulto a fin de que tome decisiones sobre su atención. La persona que usted designa debe aceptar hablar en su nombre y seguir sus deseos. Si sus deseos no están escritos, esta persona decidirá lo que usted desearía.

Un formulario de declaración es válido solo por 3 años. Si no puede tomar decisiones durante esos 3 años, el formulario entrará en vigencia. Permanecerá en vigencia hasta que pueda volver a tomar decisiones. Podrá cancelar su declaración cuando pueda tomar decisiones sobre su atención. Debe darles el formulario a su PCP y a la persona que asigna para tomar decisiones en su nombre.

Para obtener más información sobre la Declaración sobre tratamiento de salud mental, visite el sitio web del estado de Oregón en https://aix-xweb1p.state.or.us/es_xweb/DHSforms/Served/le9550.pdf

Si su proveedor no cumple los deseos de su formulario, puede presentar una queja. Para hacerlo, hay un formulario disponible en www.healthoregon.hcrqi. Envíe su queja a:

Health Care Regulation and Quality Improvement

800 N.E. Oregon St., #465

Portland, OR 97232

Correo electrónico: Mailbox.HCLC@odhsoha.oregon.gov

Teléfono: 971-673-0540 (TTY 971-673-0372)

Fax: 971-673-0556

Cómo denunciar posible fraude, uso indebido y abuso

Somos un plan de salud comunitario y queremos asegurarnos de que el dinero de la atención médica se gaste en ayudar a nuestros afiliados a que estén sanos y se sientan bien. Para ello, necesitamos su ayuda.

Si cree que hubo casos de posible fraude, uso indebido o abuso, infórmelos lo antes posible. Puede denunciarlos de forma anónima. Las leyes de denunciantes protegen a las personas que informan sobre casos de posible fraude, uso indebido o abuso. No perderá su cobertura si presenta un informe. Es ilegal acosar, amenazar o discriminar a una persona que denuncia un caso de posible fraude, uso indebido o abuso.

El posible fraude a Medicaid es ilegal y Trillium Community Health Plan toma este tema con seriedad.

Los siguientes son algunos ejemplos de posible fraude, uso indebido y abuso por parte de un proveedor:

- Un proveedor le cobra un servicio que está cubierto por Trillium Community Health Plan.
- Un proveedor le factura servicios que no recibió.
- Un proveedor le da un servicio que no necesita de acuerdo con su afección médica.

Los siguientes son algunos ejemplos de posible fraude, uso indebido y abuso por parte de un afiliado:

- Una persona va a varios médicos para obtener recetas médicas para un medicamento que ya ha sido recetado.
- Una persona usa la identificación de otra persona para obtener beneficios.

Trillium Community Health Plan se ha comprometido a prevenir los casos de posible fraude, uso indebido y abuso. Seguiremos todas las leyes relacionadas, incluidas la Ley Estatal de Reclamos Falsos y la Ley Federal de Reclamos Falsos.

Cómo informar un caso de posible fraude, uso indebido y abuso

Para presentar un informe de posible fraude, uso indebido y abuso, puede hacer lo siguiente:

Llame, envíe en línea o escriba directamente a Trillium Community Health Plan. **Informamos sobre todos los casos sospechosos de posible fraude, uso indebido y abuso cometidos por proveedores o afiliados a las agencias del estado que se mencionan abajo.**

Llame a nuestra línea directa: 1-866-685-8664

Presente una denuncia en línea en: www.trilliumohp.com/login y envíenos un mensaje.

Escriba a: **Trillium Community Health Plan**

ATTN: Compliance

PO Box 11740

Eugene, OR 97440

Denuncie el caso de posible fraude, uso indebido y abuso por parte de un afiliado llamando, enviando un fax o escribiendo a:

ODHS Fraud Investigation Unit

P.O. Box 14150

Salem, OR 97309

Línea directa: 1-888-FRAUD01 (888-372-8301)

Fax: 503-373-1525 ATTN: Línea directa

En línea: <https://www.oregon.gov/odhs/financial-recovery/Pages/Fraud.aspx>

O BIEN (específico para proveedores)

OHA Office of Program Integrity

500 Summer St NE, E-36 Salem, OR 97301

Línea directa: 1-888-FRAUD01 (888-372-8301)

En línea: <https://www.oregon.gov/oha/FOD/PIAU/Pages/Report-Fraud.aspx>

Correo electrónico: opi.referrals@oha.oregon.gov

Medicaid Potential Fraud Control Unit (MFCU)

Departamento de Justicia de Oregon (Oregon Department of Justice)

100 SW Market Street

Portland, OR 97201

Teléfono: 971-673-1880

Fax: 971-673-1890

Correo electrónico: Medicaid.Potential.Fraud.Referral@doj.state.or.us

En línea: <https://www.doj.state.or.us/consumer-protection/sales-scams-Potential.Fraud/medicaid-Potential.Fraud/>

Para denunciar un posible fraude en línea:

[https://www.oregon.gov/dhs/abuse/Pages/Potential Fraud-reporting.aspx](https://www.oregon.gov/dhs/abuse/Pages/Potential%20Fraud-reporting.aspx)

Quejas, quejas formales, apelaciones y audiencias imparciales

Trillium Community Health Plan se asegura de que todos los afiliados tengan acceso a un sistema de quejas formales (quejas, quejas formales, apelaciones y audiencias). Intentamos que sea fácil para los afiliados presentar una queja, una queja formal o una apelación y obtener información sobre cómo presentar una audiencia ante la Autoridad de Salud de Oregón.

Háganos saber si necesita ayuda con cualquier parte del proceso de queja, queja formal, apelación o audiencia. También podemos brindarle más información sobre cómo manejamos las quejas/quejas formales y apelaciones. También hay disponibles copias de nuestras plantillas de aviso. Si necesita ayuda o desea obtener más información además de la que se encuentra en el manual, llame a Servicio al Cliente al 1-877-600-5472 (TTY 711).

Puede presentar una queja.

- Una **queja** nos permite saber que usted no está satisfecho.
- Una **disputa** es cuando usted no está de acuerdo con Trillium Community Health Plan o un proveedor.
- Una **queja formal** es una queja que puede presentar si no está satisfecho con Trillium Community Health Plan, sus servicios de atención médica o su proveedor. Una disputa también puede ser una queja formal.

Para hacerlo más fácil, OHP también usa la palabra **queja** para quejas formales y disputas.

Tiene derecho a presentar una queja si no está satisfecho con alguna parte de su atención. Trataremos de mejorar la situación. Solo llame al número gratuito de Servicio al Cliente al 1-877-600-5472 o TTY 711.

Escriba a: Trillium Community Health Plan
Attn: Quejas formales
PO Box 11740
Eugene, OR 97440-3940

Correo electrónico: grievances@trilliumchp.com

También puede encontrar un formulario de quejas en trilliumohp.com/grievances.

También puede presentar una queja ante la OHA o el Defensor del pueblo. Puede comunicarse con la OHA al 1-800-273-0557 o con el Defensor del pueblo al 1-877-642-0450. Puede presentar una queja sobre cualquier asunto que no sea una denegación de servicios o beneficios y en cualquier momento por teléfono o por escrito. Si presenta una queja ante la OHA, se enviará a Trillium Community Health Plan.

Los siguientes son ejemplos de razones por las que puede presentar una queja:

- Problemas para programar citas o conseguir transporte.
- Problemas para encontrar un proveedor cerca de donde vive.
- No sentirse respetado o comprendido por los proveedores, el personal del proveedor, los conductores o Trillium Community Health Plan.
- Atención de la que no estaba seguro, pero la recibió de todos modos.
- Facturas por servicios que no acordó pagar.
- Disputas sobre las propuestas de extensión de Trillium Community Health Plan para tomar decisiones de aprobación.
- Seguridad del conductor o del vehículo.
- Calidad del servicio que recibió.

Un representante o su proveedor puede presentar una queja en su nombre, con su permiso por escrito para hacerlo.

Analizaremos su queja y le informaremos qué se puede hacer tan rápido como lo requiera su salud. Esto se hará dentro de los 5 días hábiles a partir del día en que recibimos su queja.

Si necesitamos más tiempo, le enviaremos una carta dentro de los 5 días hábiles. Le informaremos por qué necesitamos más tiempo. Solo le pediremos más tiempo si es lo mejor para usted. Todas las cartas estarán escritas en su idioma preferido. Le enviaremos una carta dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la queja en la que explicaremos cómo la abordaremos.

Si no está satisfecho con la forma en que manejamos su queja, puede compartirla con la Unidad de Servicios al Cliente de OHP al 1-800-273-0557 o comuníquese con el Programa de Defensoría de la OHA. Los defensores del pueblo son defensores de los afiliados de OHP y harán todo lo posible para ayudarlo. Envíe un correo electrónico a OHA.OmbudsOffice@odhsoha.oregon.gov o deje un mensaje al 877-642-0450.

Otro recurso de apoyo y servicios en su comunidad es 211 Info. Llame al 2-1-1 o vaya al sitio web www.211info.org para obtener ayuda.

Trillium Community Health Plan, sus contratistas, subcontratistas y proveedores participantes no pueden hacer lo siguiente:

- Impedir que un afiliado use cualquier parte del proceso del sistema de quejas y apelaciones o tomar medidas punitivas contra un proveedor que solicite un resultado acelerado o apoye la apelación de un afiliado.
- Incentivar el retiro de una queja, apelación o audiencia ya presentada. O bien
- Usar la presentación o el resultado de una queja, apelación o audiencia como motivo para reaccionar contra un afiliado o para solicitar la cancelación de la afiliación.

Puede solicitarnos que cambiemos una decisión que tomamos.

Esto se llama apelación.

Puede llamar, escribir una carta o llenar un formulario que explique por qué el plan debe cambiar su decisión sobre un servicio.

Si denegamos, detenemos o reducimos un servicio médico, odontológico o de salud del comportamiento, le enviaremos una carta de denegación que le informará sobre nuestra decisión. Esta carta de denegación también se denomina Notificación de determinación adversa de beneficios (por sus siglas en inglés, NOABD). También le informaremos a su proveedor acerca de nuestra decisión.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión, tiene derecho a solicitarnos que la cambiemos. Esto se denomina apelación, porque está apelando nuestra decisión.

¿No está de acuerdo con nuestra decisión?

Siga estos pasos:

1

Cómo solicitar una apelación

Debe solicitarlo dentro de los 60 días posteriores a la fecha de su carta de rechazo. Llame o envíe un formulario.

2

Espere que le demos una respuesta

Tenemos 16 días para responderle. ¿Necesita una respuesta más rápida? Solicite una apelación rápida.

3

Lea nuestra decisión

¿Aún no está de acuerdo? Puede solicitarle al estado que la revise. Esto se denomina audiencia.

4

Solicite una audiencia

Debe solicitarla dentro de los 120 días siguientes a la fecha de la carta de decisión de apelación.

Conozca más sobre los pasos para solicitar una apelación o audiencia:

Paso 1

Cómo solicitar una apelación.

Debe solicitarla dentro de los 60 días posteriores a la fecha de la carta de denegación (NOABD).

Llámenos al 1-877-600-5472 (TTY 711) o utilice el formulario Solicitud para revisar una decisión de atención médica. El formulario se enviará junto con la carta de rechazo. También puede conseguirlo en <https://bit.ly/request2review>.

Puede enviar el formulario o la solicitud por escrito a:
Trillium Community Health Plan
ATTN Appeals
PO Box 11740
Eugene, OR 97440

También puede enviar el formulario o la solicitud por escrito por fax al 1-866-703-0958.

¿Quién puede solicitar una apelación?

Usted o alguien con autorización por escrito para hablar en su nombre. Podría ser su médico o un representante autorizado.

Paso 2

Espere nuestra respuesta.

Una vez que recibamos su solicitud, analizaremos la decisión original. Un nuevo médico revisará sus expedientes médicos y la solicitud de servicio para ver si seguimos las reglas correctamente. Puede brindarnos más información que crea que nos ayudaría a revisar la decisión.

Para respaldar su apelación, tiene derecho a lo siguiente:

- Dar información y testimonio en persona o por escrito.
- Presentar argumentos jurídicos y reales en persona o por escrito.

Debe hacerlo dentro de los plazos de apelación que se enumeran a continuación.

¿Cuánto tiempo tienen para revisar mi apelación?

Tenemos 16 días para revisar su solicitud y responder. Si necesitamos más tiempo, le enviaremos una carta. Tenemos hasta 14 días más para responder.

¿Qué pasa si necesito una respuesta más rápida?

Puede solicitar una apelación rápida. Esto también se llama apelación acelerada. Llámenos o envíe por fax o correo el formulario de solicitud. El formulario se enviará junto con la carta de rechazo. También puede conseguirlo en <https://bit.ly/request2review>. Pida una apelación rápida si esperar la apelación regular podría poner en peligro su vida, su salud o su capacidad de funcionamiento. Lo llamaremos y le enviaremos una carta, dentro de 1 día hábil, para informarle que hemos recibido su solicitud de apelación rápida.

¿Cuánto tarda una apelación rápida?

Si obtiene una apelación rápida, tomaremos nuestra decisión tan pronto como lo requiera su salud, no más de 72 horas desde que se recibió la solicitud de apelación rápida. Haremos todo lo posible para comunicarnos con usted y su proveedor por teléfono para informarle nuestra decisión. También recibirá una carta.

Si lo solicita o si necesitamos más tiempo, podemos ampliar el plazo hasta 14 días.

Si se deniega una apelación rápida o se necesita más tiempo, lo llamaremos y recibirá un aviso por escrito dentro de 2 días. Una solicitud de apelación rápida denegada se convertirá en una apelación estándar y debe resolverse en 16 días o posiblemente extenderse 14 días más.

Si no está de acuerdo con la decisión de ampliar el plazo de apelación o si se deniega una apelación rápida, tiene derecho a presentar una queja.

Paso 3

Lea nuestra decisión.

Le enviaremos una carta con nuestra decisión de apelación. Esta carta de decisión de apelación también se llama Notificación de Resolución de Apelación (por sus siglas en inglés, NOAR). Si está de acuerdo con la decisión, no tiene que hacer nada.

Paso 4

¿Aún no está de acuerdo? Solicite una audiencia.

Tiene derecho a pedirle al estado que revise la decisión de la apelación. Esto se llama pedir una audiencia. Debe solicitar una audiencia dentro de los 120 días posteriores a la fecha de la carta de decisión de la apelación (NOAR).

¿Qué ocurre si necesito una audiencia más rápida?

Puede solicitar una audiencia rápida. Esto también se denomina audiencia acelerada.

Utilice el formulario de audiencia en línea en <https://bit.ly/ohp-hearing-form> para solicitar una audiencia normal o una audiencia más rápida.

También puede llamar al estado al 800-273-0557 (TTY 711) o usar el formulario de solicitud que se enviará con la carta. Obtenga el formulario en <https://bit.ly/request2review>. Puede enviar el formulario a:

OHA Medical Hearings
500 Summer St NE E49
Salem, OR 97301

Fax: 503-945-6035

El estado decidirá si usted puede tener una audiencia rápida dentro de los 2 días hábiles después de recibir su solicitud.

¿Quién puede solicitar una audiencia?

Usted o alguien con autorización por escrito para hablar en su nombre. Podría ser su médico o un representante autorizado.

¿Qué sucede en una audiencia?

En la audiencia, puede decirle al juez especializado en derecho administrativo de Oregon por qué no está de acuerdo con nuestra decisión sobre su apelación. El juez tomará la decisión final.

Preguntas y respuestas sobre apelaciones y audiencias

¿Qué sucede si no recibo una carta de denegación? ¿Todavía puedo pedir una apelación?

Tiene que recibir una carta de denegación antes de poder solicitar una apelación.

Los proveedores no deben denegar un servicio. Deben preguntarle a Trillium Community Health Plan si pueden obtener la aprobación para un servicio.

Si su proveedor dice que no puede tener un servicio o que tendrá que pagar por un servicio, puede solicitarnos una carta de denegación (NOABD). Una vez que tenga la carta de denegación, puede solicitar una apelación.

¿Qué sucede si Trillium Community Health Plan no cumple con el plazo de apelación?

Si tardamos más de 30 días en responder a su apelación, puede solicitarle al estado una revisión. Esto se denomina audiencia. Para solicitar una audiencia, llame al estado al 800-273-0557 (TTY 711) o utilice el formulario de audiencia en línea en <https://bit.ly/ohp-hearing-form>.

¿Puede alguien más representarme o ayudarme en una audiencia?

Tiene derecho a que otra persona de su elección lo represente en la audiencia. Puede ser cualquier persona, como un amigo, un familiar, un abogado o su proveedor. También tiene derecho a representarse a sí mismo si lo desea. Si contrata un abogado usted debe pagar sus tarifas.

Para obtener asesoramiento y una posible representación sin costo, llame a la línea directa de Beneficios Públicos al 1-800-520-5292; TTY 711. La línea directa es una asociación entre la Asistencia legal de Oregón y el Centro legal de Oregón. También se puede encontrar información sobre ayuda legal gratuita en OregonLawHelp.com.

¿Todavía puedo obtener el beneficio o servicio mientras espero una decisión?

Si usted ha estado recibiendo el beneficio o servicio que le fue denegado y dejamos de brindarlo, usted o su representante autorizado, con su permiso por escrito, puede pedirnos que lo continuemos durante el proceso de apelación y audiencias.

Debe solicitar esto dentro de los 10 días posteriores a la fecha del aviso o para la fecha en que esta decisión entre en vigencia, lo que ocurra más tarde. Puede hacerlo por teléfono, carta o fax.

- Puede llamarnos al 1-877-600-5472 (TTY 711).

- Utilice el formulario Solicitud para revisar una decisión de atención de salud. El formulario se enviará junto con la carta de rechazo. También puede conseguirlo en <https://bit.ly/request2review>.
- **Responda “sí” a la pregunta sobre la continuación de los servicios en el recuadro 8 de la página 4 del formulario *Solicitud para revisar una decisión de atención médica*.**

Puede enviar el formulario por correo a:
Trillium Community Health Plan
Attn: Apelaciones
PO Box 11740
Eugene, OR 97440

¿Tengo que pagar por la continuación del servicio?

Si elige seguir recibiendo el beneficio o servicio denegado, es posible que deba pagarlo. Si cambiamos nuestra decisión durante la apelación, o si el juez está de acuerdo con usted en la audiencia, no tendrá que pagar.

Si cambiamos nuestra decisión y no estaba recibiendo el servicio o beneficio, aprobaremos o proporcionaremos el servicio o beneficio tan pronto como lo requiera su salud. No tardaremos más de 72 horas a partir del día en que recibamos la notificación de que se revocó nuestra decisión.

¿Qué sucede si también tengo Medicare? ¿Tengo más derechos de apelación?

Si tiene Trillium Community Health Plan y Medicare, es posible que tenga más derechos de apelación que los mencionados anteriormente. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente al 1-877-600-5472 (TTY 711). También puede llamar a Medicare al 1-800-633-4227 para obtener más información sobre sus derechos de apelación.

¿Qué pasa si quiero ver los registros que se utilizaron para tomar la decisión sobre mi(s) servicio(s)?

Puede comunicarse con Trillium Community Health Plan al 1-877-600-5472 (TTY 711) para solicitar copias gratuitas de todos los documentos utilizados para tomar la decisión.

Palabras para tener en cuenta

Apelación: cuando le pide a un plan que cambie una decisión sobre un servicio que su médico solicitó porque no está de acuerdo. Puede llamar, escribir una carta o llenar un formulario que explique por qué el plan debe cambiar su decisión. Esto se llama presentar una apelación.

Instrucción anticipada: un formulario legal que le permite expresar sus deseos de atención al final de la vida. Puede elegir a alguien para que tome decisiones de atención médica por usted si no puede hacerlo usted mismo.

Evaluación: revisión de la información sobre la atención, los problemas de atención médica y las necesidades de un paciente. Esto se usa para saber si la atención debe cambiar y planificar la atención futura.

Facturación de saldo (facturación sorpresa): la facturación de saldo es cuando recibe una factura de su proveedor por un monto sobrante. Esto sucede cuando un plan no cubre el costo total de un servicio. Esto también se llama factura sorpresa. Se supone que los proveedores de OHP no facturan el saldo a los afiliados.

Salud del comportamiento: esto es salud mental, enfermedad mental, adicción y trastornos por uso de sustancias. Puede cambiar su estado de ánimo, su forma de pensar o su forma de actuar.

Copago: una cantidad de dinero que una persona debe pagar por servicios como recetas médicas o visitas. Los afiliados de OHP no tienen copagos. Los seguros de salud privados y Medicare a veces tienen copagos.

Coordinación de atención: un servicio que le brinda educación, apoyo y recursos comunitarios. Lo ayuda a trabajar en su salud y a encontrar su camino en el sistema de atención médica.

Acción civil: una demanda presentada para obtener el pago. Esto no es una demanda por un delito. Algunos ejemplos son lesiones personales, cobro de facturas, negligencia médica y posible fraude.

Coseguro: la cantidad que alguien debe pagar a un plan de salud por la atención. A menudo es un porcentaje del costo, como el 20 %. El seguro paga el resto.

Leyes del consumidor: reglas y leyes destinadas a proteger a las personas y detener las prácticas comerciales deshonestas.

Organización de atención coordinada (CCO): una CCO es un plan OHP local que lo ayuda a usar sus beneficios. Las CCO están compuestas por todo tipo de proveedores de atención médica en una comunidad. Trabajan juntos para cuidar a los afiliados de OHP en una zona o región del estado.

Crisis: un momento de dificultad, problema o peligro. Puede conducir a una situación de emergencia si no se aborda.

Declaración de tratamiento de salud mental: un formulario que puede completar cuando tiene una crisis de salud mental y no puede tomar decisiones sobre su atención. Describe las opciones sobre la atención que desea y la que no desea. También le permite nombrar a un adulto que puede tomar decisiones sobre su atención.

Deducible: el monto que paga por los servicios de atención médica cubiertos antes de que su seguro pague el resto. Esto es solo para Medicare y seguro de salud privado.

Dispositivos para habilitación y rehabilitación: suministros para ayudarlo con los servicios de tratamiento u otras tareas cotidianas. Estos son ejemplos:

- Andadores
- Bastones
- Muletas
- Monitores de glucosa
- Bombas para infusión intravenosa
- Dispositivos protésicos y ortopédicos
- Aparato para la vista en casos de visión deficiente
- Dispositivos de comunicación
- Sillas de ruedas motorizadas
- Máquina de respiración asistida

Diagnóstico: cuando un proveedor descubre el problema, la afección o la enfermedad.

Equipo médico duradero (DME): cosas como sillas de ruedas, andadores y camas de hospital que duran mucho tiempo. No se gastan como los suministros médicos.

Detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (EPSDT): el programa de Detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (EPSDT) ofrece servicios integrales y preventivos de atención de salud a personas menores de 21 años que estén cubiertas por Oregon Health Plan (OHP). La EPSDT proporciona servicios cubiertos por Medicaid médicamente necesarios y médicamente apropiados de EPSDT para tratar cualquier afección física, odontológica, de la vista, de desarrollo, nutricional, y de salud mental y del comportamiento. La cobertura para EPSDT incluye todos los servicios cubiertos por Oregon Health Plan (OHP) cuando la EPSDT es

médicamente necesaria y médicamente apropiada para la persona que recibe la EPSDT.

Afección odontológica de emergencia: un problema de salud dental basado en sus síntomas. Algunos ejemplos son el dolor dental intenso o la hinchazón.

Afección médica de emergencia: una enfermedad o lesión que requieren atención de inmediato. Puede tratarse de un sangrado que no se detiene, un dolor intenso o huesos rotos. Puede ser un factor que cause que alguna parte del cuerpo deje de funcionar correctamente. Una afección de salud mental de emergencia es la sensación de estar fuera de control o sentir que podría lastimarse a sí mismo o a otra persona.

Transporte médico de emergencia: uso de una ambulancia o Life Flight para obtener atención médica. Los técnicos médicos de emergencia brindan atención durante el viaje o el vuelo.

ER o ED: significa sala de emergencias o departamento de emergencias. En estos lugares de un hospital es donde puede obtener atención para una emergencia médica o de salud mental.

Atención en la sala de emergencias: atención que recibe cuando tiene un problema médico grave y no es seguro esperar. Esto puede suceder en una sala de emergencias.

Servicios de emergencia: atención que mejora o estabiliza afecciones médicas o de salud mental graves y repentinas.

Servicios excluidos: lo que no paga un plan de salud. Ejemplo: el OHP no paga los servicios para mejorar su apariencia, como cirugía estética o cosas que mejoran por sí solas, como un resfriado.

Ley federal y estatal de reclamos falsos: leyes que tipifican como delito que alguien realice un registro falso o presente un reclamo falso de atención médica a sabiendas.

Queja formal: un reclamo formal que puede presentar si no está satisfecho con su CCO, sus servicios de atención médica o su proveedor. OHP llama a esto una queja. La ley establece que las CCO deben responder a cada queja.

Servicios y dispositivos de habilitación: servicios y dispositivos que enseñan habilidades para la vida diaria. Un ejemplo es la terapia del habla para un niño que no ha comenzado a hablar.

Seguro de salud: un programa que paga la atención médica. Luego de inscribirse en el programa, una empresa o agencia gubernamental pagan los servicios médicos

cubiertos. Algunos programas de seguro requieren pagos mensuales, denominados *primas mensuales*.

Evaluación de riesgo de salud: una encuesta sobre la salud de un afiliado. La encuesta pregunta sobre la salud emocional y física, los comportamientos, las condiciones de vida y los antecedentes familiares. Los CCO lo usan para conectar a los afiliados con la ayuda y el apoyo adecuados.

Cuidado de la salud en el hogar: servicios que recibe en su hogar para ayudarlo a mejorar la vida luego de una cirugía, una enfermedad o una lesión. Algunos de estos servicios son: ayuda con los medicamentos, con las comidas y con el baño.

Servicios de cuidado de enfermos terminales: servicios para confortar a una persona que se está muriendo y a su familia. Los servicios de cuidado de enfermos terminales son flexibles y pueden incluir tratamiento del dolor, asesoramiento y atención de relevo.

Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios: cuando la cirugía o el tratamiento se realiza en un hospital y tras eso se retira.

Hospitalización: cuando alguien ingresa en un hospital para recibir atención.

Medicaid: un programa nacional que ayuda con los costos de atención médica para personas de bajos ingresos. En Oregón, se llama Oregon Health Plan.

Medicamento necesario: servicios y suministros que se necesitan para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica o sus síntomas. También puede significar servicios que son un tratamiento estándar.

Medicare: un programa de atención médica para personas mayores de 65 años. También ayuda a personas con ciertas discapacidades de cualquier edad.

Red: los proveedores médicos, de salud mental, odontológicos, de farmacia y de equipos que tienen un contrato con una CCO.

Proveedor de la red o participante: cualquier proveedor que trabaje con su CCO. Puede ver proveedores de la red de forma gratuita. Algunos especialistas de la red requieren una remisión.

Proveedor fuera de la red: un proveedor que no ha firmado un contrato con la CCO. La CCO no paga para que los afiliados los vean. Debe obtener aprobación para ver a un proveedor fuera de la red.

Anulación del acuerdo de pago del OHP (OHP 3165 o 3166): un formulario que usted firma si acepta pagar un servicio que el OHP no paga. Solo es válido para el

servicio exacto y las fechas que figuran en el formulario. Puede ver el formulario de anulación en blanco en <https://bit.ly/OHPwaiver>. ¿No está seguro si firmó un formulario de anulación? Puede preguntar en el consultorio de su proveedor. Para idiomas adicionales, visite: www.oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/forms.aspx

Servicios de médicos: servicios que obtiene de un médico.

Plan: una organización médica, odontológica o de salud mental, o una CCO, que paga los servicios de atención de salud de sus afiliados.

POLST: Órdenes Médicas de Tratamiento para el Sustento de Vida (POLST). Un formulario médico que puede usar para asegurarse de que los proveedores médicos sigan sus deseos de atención cerca del final de su vida.

Servicios posteriores a la estabilización: servicios después de una emergencia para ayudarlo a mantenerse estable o para mejorar o arreglar su afección médica

Aprobación previa (autorización previa o PA): un documento que establece que su plan pagará un servicio. Algunos planes y servicios requieren una autorización previa (por sus siglas en inglés, PA) antes de que reciba el servicio. Generalmente, los médicos se encargan de esto.

Prima mensual: el costo del seguro.

Cobertura de medicamento que requiere receta médica: seguro de salud o plan de salud que ayuda a pagar los medicamentos y fármacos que requieren receta médica.

Medicamento que requiere receta médica: medicamentos que su médico le indica que tome.

Atención preventiva o prevención: atención médica que lo ayuda a mantenerse saludable. Algunos ejemplos son recibir una vacuna contra la gripe o un chequeo cada año.

Proveedor de atención primaria (por sus siglas en inglés, PCP): un profesional médico que se ocupa de su salud. Es, generalmente, la primera persona a la que llama cuando tiene problemas de salud o necesita atención. Su PCP puede ser un médico, un enfermero practicante, un médico auxiliar, un osteópata o, algunas veces, un naturópata.

Dentista de atención primaria (por sus siglas en inglés, PCD): el dentista al que suele acudir para cuidar sus dientes y encías.

Proveedor: cualquier persona o agencia que brinde un servicio de atención de salud.

Remisión: una remisión es una orden escrita de su proveedor que indica la necesidad de un servicio. Trabaje con su proveedor para obtener una remisión.

Servicios de rehabilitación: servicios para ayudarlo a recuperar la salud por completo. Estos ayudan generalmente después de una cirugía, lesión o abuso de sustancias.

Representante: una persona elegida para actuar o hablar en su nombre.

Detección: una encuesta o examen para verificar las condiciones de salud y las necesidades de atención.

Atención de enfermería especializada: ayuda que se recibe de un enfermero, que puede incluir cuidado de heridas, terapia o ayuda para tomar sus medicamentos. Puede obtener atención de enfermería especializada en un hospital, un hogar de convalecencia o en su propio hogar con atención médica a domicilio.

Especialista: un proveedor médico que tiene un entrenamiento especial para brindar atención relacionada con una cierta parte del cuerpo o un cierto tipo de enfermedad.

Suicidio: el acto de quitarse la vida.

Telesalud: atención por video o atención por teléfono en lugar de en el consultorio de un proveedor.

Transición de la atención: algunos afiliados que cambian de planes de OHP aún pueden obtener los mismos servicios y consultar a los mismos proveedores. Eso significa que la atención no cambiará cuando cambie de plan CCO o se mude hacia/desde el pago por servicio de OHP. Esto se llama transición de la atención. Si tiene problemas de salud graves, sus planes nuevos y antiguos deben trabajar juntos para asegurarse de que reciba la atención y los servicios que necesita.

Trabajador de salud tradicional (THW): un trabajador de salud pública que trabaja con proveedores de atención médica para servir a una comunidad o clínica. Un THW se asegura de que los afiliados reciban un trato justo. No todos los THW están certificados por el estado de Oregón. Hay cinco (5) tipos diferentes de THW, que incluyen lo siguiente:

- Trabajador comunitario de la salud
- Especialista en el bienestar de pares
- Asesor de salud personal
- Especialista en apoyo de pares
- Doula para el parto

Atención de urgencia: atención que necesita el mismo día debido a un dolor grave. Atención que necesita recibir el mismo día para controlar un dolor intenso, impedir

que una lesión o enfermedad empeoren, o evitar perder la función de alguna parte del cuerpo.

Denunciante: alguien que denuncia el uso indebido, el posible fraude, el abuso, la corrupción o los peligros para la salud y la seguridad públicas.

